Aus der chirurgischen Klinik zu Kiel

DAUERRESULTATE OPERATIV BEHANDELTER MAGENULCERA

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR

ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

DER

MEDIZINISCHEN FAKULTÄT

DER

KÖNIGL. CHRISTIAN-ALBRECHTS-UNIVERSITÄT

ZU KIEL

VORGELEGT VON

WILHELM LÖHR

AUS ELBERFELD

LEIPZIG

VERLAG VON F. C. W. VOGEL

1916

Aus der chirurgischen Klinik zu Kiel.

DAUERRESULTATE OPERATIV BEHANDELTER MAGENULCERA

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR

ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

DER

MEDIZINISCHEN FAKULTÄT

DER

KÖNIGL. CHRISTIAN-ALBRECHTS-UNIVERSITÄT

ZU KIEL

VORGELEGT VON

WILHELM LÖHR

AUS ELBERFELD

LEIPZIG

VERLAG VON F. C. W. VOGEL

1916

No. 49. Rektoratsjahr 1913/14.
Referent: Geh. Rat Prof. Dr. Anschütz.
Zum Druck genehmigt: Lüthje, z. Z. Dekan.

Die vorliegende Arbeit behandelt die Dauerresultate aller wegen Ulcus ventriculi und dessen Folgeerscheinungen operierten Fälle vom Jahre 1899—1911. In der Arbeit sind auch die Fälle der Kieler Klinik aus Herrn Geheimrat Helferichs Zeit, die von dessen Assistenten, Herrn Dr. Graf, auf Dauerresultate untersucht und zusammengefaßt wurden[1]), enthalten. Abgezogen sind nur 7 Kranke aus der Privatklientel Geheimrat Helferichs. Soweit es mir möglich war, habe ich mich darauf beschränkt, nur solche Fälle in meiner Arbeit zu behandeln, die bei der Operation Ulcus des Magens, Narbe oder Perigastritis autoptisch boten. Duodenalgeschwüre und -stenosen habe ich nur dann mit behandelt, wenn sie entweder gleich unterhalb des Pylorus saßen oder auf dem Pylorus und oberem Duodenum gleichzeitig.

Es ergaben sich so 163 Fälle. Aus der Arbeit von Graf wurden 69 Fälle übernommen, die in den Jahren 1899 bis 1905 zur Operation kamen. Weggelassen habe ich dessen Fälle unklarer Diagnose (Neurosen, Atonie, Pylorospasmus usw.). In Grafs „Beitrag zur Chirurgie der gutartigen Magenkrankheiten" mußten sie Berücksichtigung finden, in den engeren Kreis des Magenulcus und seiner Narben, den ich bearbeitete, gehörten sie nicht hinein. Neu hinzugekommen zu dem älteren Ulcusmaterial sind von 1906—1911 weitere 94 Fälle.

Die Nachuntersuchungen sind bei diesen 163 Pat. gemacht worden Juni bis Oktober 1912. Es liegt bei allen Pat. zwischen Operation und Nachuntersuchung ein Mindestzwischenraum von einem Jahre. Zur Erlangung und Prüfung der Resultate wurde so verfahren,

1) Graf, Beitrag zur Chirurgie der gutartigen Magenkrankheiten. Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1907, Bd. 90.

daß zunächst den ermittelten Pat. ein ausgiebiger Fragebogen, nach dem Muster Petrèns zugesandt ward. Im allgemeinen wurde der Bogen verständig beantwortet; bei nicht klaren Angaben habe ich brieflich neuen Bescheid eingeholt. Pat., die bei Beantwortung des zugeschickten Fragebogens keinerlei Beschwerden ihres Magenzustandes berichteten, wurden nicht nach Kiel bestellt, auch solche nicht, die über leichtere Beschwerden, als da sind: ab und zu Aufstoßen und „Magenverstimmungen", zu klagen hatten. Dagegen wurden diejenigen Pat., die schwere Klagen vorbrachten, nach Kiel bestellt. Die Pat. wurden durchweg in Sommerkleidung gewogen, der Magensaft $^3/_4$ Stunden nach PF. ausgehebert und auf seine Säurewerte hin geprüft. Die Untersuchungen des Körpers mit besonderer Berücksichtigung des Abdominalbefundes wurden in dankenswerter Weise von den Herren Privatdozenten Dr. Kappis und Zoeppritz überwacht und nachgeprüft. Pat., die infolge von schwerem Krankenlager oder sonstiger Umstände wegen nicht kommen konnten, sind von den betreffenden Haus- oder Kassenärzten nachuntersucht worden, von denen mir dann meist ein deutlicher Krankenbericht und diagnostischer Befund mitgeteilt wurde.

Diese 163 Fälle habe ich in 6 Gruppen eingeteilt, nach dem anatomischen Befunde, den der Operateur oder auch der Pathologe bei der Sektion erhob. So habe ich unterschieden zwischen Ulcus callosum, Ulcus simplex und Ulcusnarben. In drei weiteren Gruppen sind die Fälle von Sanduhrmagen, frischblutendem Geschwür und Ulcus perforatum mitgeteilt. Die drei ersten Gruppen sollen zunächst einzeln, später gemeinsam besprochen werden, hingegen machen der Sanduhrmagen, das frischblutende Geschwür und das Ulcus perforatum eine gesonderte Abhandlung nötig.

Bevor wir zur Besprechung der Einzelgruppen gehen, seien an dieser Stelle einige allgemeine Gesichtspunkte erwähnt, die sich auf alle 6 Gruppen beziehen.

Unter den 163 Patienten befinden sich 91 Männer und 72 Frauen.

In den meisten Arbeiten über dieses Gebiet finden wir das gleiche oder noch stärkeres Überlegensein des männlichen Geschlechtes. Petrèn weicht in seinem Materiale darin ab. Wir halten es nicht für nötig, auf diese Verhältnisse näher einzugehen, örtliche Verschiedenheiten spielen gewiß eine große Rolle.

Petrèn meint, daß der Mann weit häufiger als die Frau im Pylorusteil des Magens vom Ulcus befallen sei, infolgedessen auch mehr unter Retentionserscheinungen zu leiden habe als die Frau.

Er gibt folgende Werte an: Bei 112 Männern hatten 92 den Sitz des Geschwürs auf dem Pylorus und Duodenum, bei den Frauen saß das Ulcus in 69 Fällen am Pylorus und ebenfalls in 69 Fällen an der Curvatura minor, am mittleren oder Cardiateil des Magens. Aus unserem Material ergab sich, daß von 88 Männern — bei drei Pat. sind keine Befunde über den Sitz des Magengeschwüres angegeben — 55 das Geschwür in der Pylorusgegend hatten, und nur 33 an anderen Teilen des Magens. Von diesen 33 Fällen sind aber noch einige, bei denen der Sitz des Geschwürs von der kleinen Kurvatur auf den Pylorusteil hinüberreichte, und so Retentionserscheinungen des Magens im Gefolge hatten. Hingegen finden wir bei den 72 Frauen nur in 27 Fällen den Pylorus pathologisch in Mitleidenschaft gezogen. Jedenfalls muß man nach unseren Resultaten zu demselben Schluß kommen, den Petrèn aus seinen Fällen gezogen hat: Bei dem weiblichen Geschlecht können wir sogar von einem noch selteneren Betroffensein des Pylorus durch Ulcus oder Ulcusnarben reden.

Über das Geschlecht und das Lebensalter der Patienten gibt folgende Tabelle Auskunft:

Alter	Männer	Frauen
1—14		2
15—19	1	4
20—24	8	11
25—29	5	4
30—34	14	5
35—39	10	6
40—44	13	8
45—49	11	14
50—54	11	7
55—59	10	6
60—64	8	4
65—70		1
	Summe: 91	72

Aus den oben angeführten Zahlenwerten ist ersichtlich, daß die Frauen verhältnismäßig häufiger in jugendlichem Alter zur Operation gelangen als die Männer. Diese zeigen ziemlich gleiche Zahlenwerte in den Jahren 30—60, sowohl nach der oberen als der unteren Grenze dieses Lebensabschnittes allmählich absteigend. Immerhin kann man feststellen, daß 77 von 91 Männern, d. h. 84 Proz. nach dem 30. Jahr zur Operation kommen, von 72 Frauen hingegen nur 51, d. h. 71 Proz. Beide Zahlenreihen zeigen aber ihre höchsten Werte zwischen dem 40. und 55. Lebensjahr. Es wäre falsch, aus den gefundenen Werten bindende Folgerungen zu machen, ob das weibliche oder männliche Geschlecht früher an Magenulcus erkrankt. Die

beste Auskunft über das frühere oder spätere Befallensein des männlichen oder weiblichen Geschlechts mit Magenulcus können uns die Internisten geben; wenn sie auch in vielen Fällen den magenleidenden Pat. nicht vom Anfang seiner Beschwerden an in ihre Behandlung bekommen so doch früher als die Chirurgen. Aus den großen „internen" Statistiken geht nun hervor, daß für die Frauen das Maximum der Krankheitsfrequenz zwischen das 20. und 30. Jahr, für die Männer dagegen zwischen das 30. und 50. Jahr fällt (Riegel-Tabora, Elsner), also eine relative Übereinstimmung mit unserer Statistik.

Der Beruf. Unsere Pat. gehörten fast durchweg dem Landberufe oder dem Industriearbeiterstande an. Es finden sich außerdem noch ein Arzt, 4 Kaufleute, und ein Postsekretär unter den behandelten Fällen. Die Patientinnen stammen aus denselben Berufsklassen wie die Männer; sie sind als Landarbeiter- und Arbeiterfrauen, Dienstmädchen und einmal als Schulkind in den Krankengeschichten geführt. Innerhalb dieser Berufsklassen läßt sich von einem mehr oder minder Befallensein einer bestimmten Berufsklasse mit Magenbeschwerden nicht reden.

Wie lange sind die Patienten vor der Operation krank gewesen?

In den meisten Fällen finden wir in den Krankengeschichten bestimmte Jahresangaben: in zwei Fällen heißt es: seit der Jugend krank, in 14 anderen Fällen: schon viele Jahre lang magenkrank. Niemals magenleidend gewesen sind 6 Personen. (Es stammen diese Pat. aus den Gruppen des Ulcus perforatum und des „frisch blutenden Geschwürs".) In den anderen Fällen liegen die Magenbeschwerden, die die Pat. permanent oder periodenweise vor der Operation gehabt haben, zurück:

bis zu weniger als 1 Jahr in	13	Fällen
bis zu 1—5 Jahren in	33	„
bis zu 6—10 Jahren in	34	„
bis zu 11—20 Jahren in	38	„
bis zu mehr als 20 Jahren in	23	„ .

Von den 141 operierten Fällen hatten 95 Pat. gleich 67 Proz. ihre Krankheit 6—20 Jahre und länger.

Die Beschwerden, welche die Patienten zur Operation geführt haben, waren Schmerzen und Erbrechen, Erbrechen ohne wesentliche Schmerzen, Bluterbrechen, foudroyante Blutungen und Perforationsperitonitis, oft finden wir mehrere Angaben in den Anamnesen gleichzeitig angegeben.

Im Folgenden seien die hervorstechenden Krankheitssymptome erwähnt:

Schmerzen und Erbrechen	in	96	Fällen
Erbrechen ohne Schmerzen	in	17	„
wiederholtes Bluterbrechen	in	22	„
foudroyante Blutungen	in	6	„
Peritonitische Symptome	in	22	„
Summe:		163	Fälle.

Ferner sei aus den Krankengeschichten noch hervorgehoben, daß im Ganzen bei 59 Pat. Bluterbrechen von dem Haus- oder Kassenarzt oder in der Klinik selbst konstatiert wurde. Außerdem ist in 68 Fällen Blut im Stuhl nachgewiesen worden. Aber nur ein Teil der Fälle, die der letzten Jahre, wurde auf okkultes Blut im Stuhl untersucht. Nach dieser Richtung hin sind die Angaben also nicht zu verwerten. Zoeppritz[1]) fand bei methodischer Untersuchung der operierten Ulcusfälle unserer Klinik etwa 50 Proz. okkultes Blut!

In 57 Fällen = 35 Proz. wurde vor der Operation ein Tumor in der Magengegend konstatiert. Die „Resistenzen" sind nicht mitgerechnet. Einige Patienten hatten selbst eine Geschwulst im Leibe entdeckt und kamen deshalb zur Operation.

Gewichtsabnahme während der Zeit der Ulcussymptome finden wir in 66 Anamnesen = 40 Proz. erwähnt. Zum Teil bestand hochgradige Abmagerung. So wog z. B. ein Mädchen von 16 Jahren vor der Operation 48 Pfund. Auch findet man in den beigefügten Krankengeschichten Gewichtsabnahmen von 30—50 Pfund nicht selten. Einige Pat. mußten wegen zu großer Schwäche das Bett hüten. Eine große Anzahl von Fällen wurde aus der medizinischen Klinik in die chirurgische verlegt, nachdem die interne Behandlung nicht angeschlagen hatte.

Die Untersuchung des Magensaftes auf Säurewerte hin ist in 114 Fällen vor der Operation ausgeführt worden. Bei einer Reihe von Pat. so bei der Gruppe mit frischer Blutung, bei den Ulcera perforata, und auch bei vielen anderen Pat., deren Schwächezustand diese immerhin anstrengende Untersuchung verbot, ist von einer Magensaftuntersuchung Abstand genommen worden.

Von der Gesamtzahl von 114 auf Magensaftverhältnisse untersuchten Fällen ergaben Anazidität 3 Fälle = 2,9 Proz., niedrigere Aziditätswerte (1—39 G. A.) als normal 39 Pat. = 34 Proz., normale (40—59 G. A.) Aziditätswerte 20 Pat. = 17,5 Proz. und höhere Aziditätswerte (60—100 und mehr) als normal 52 Pat. = 45,6 Proz. Nicht ganz die Hälfte aller Fälle hatte demnach höhere Gesamtsäurewerte des Magensaftes als normal.

In 85 Fällen bestand ein Motilitätshindernis.

---

1) Zoeppritz, Nachweis von okkultem Blut in Stuhl und Mageninhalt zur Diagnose chirurgischer Magenkrankheiten, insbesondere zur Frühdiagnose des Magencarcinoms. Mitteil. a. d. Grenzgebieten, Bd. 24, 1912.

Am Schluß dieses Abschnittes sei noch erwähnt, in welchen Zahlenverhältnissen die einzelnen Geschwürsarten zueinander stehen und wo sie sich im Magen lokalisiert finden.

1. Ulcus callosum			
a) am Pylorus	22		
b) an der kleinen Kurvatur	18	= 47 = 29,5	Proz.
c) am übrigen Magen	7		
2. Ulcus simplex und Perigastritis			
a) am Pylorus	23		
b) an der kleinen Kurvatur	10		
c) am übrigen Magen	4	= 39 = 24,0	„
d) unbestimmt	2		
3. Ulcusnarben und Adhäsionen			
a) am Pylorus	32		
b) an der kleinen Kurvatur	6		
c) am übrigen Magen	4	= 43 = 26,0	„
d) unbestimmt	1		
4. Sanduhrmagen		= 6 = 3,7	„
5. Das frisch blutende Ulcus		= 6 = 3,7	„
6. Das Ulcus perforatum			
a) am Pylorus	4		
b) an der kleinen Kurvatur	13	= 22 = 13,5	„
c) am übrigen Magen	5		
	Summe:	163 = 100	Proz.

I. Das Ulcus callosum.

Unter dem Namen Ulcus callosum finden wir im wesentlichen zwei Geschwürsformen vereint. Den kleineren Teil repräsentiert eine Anzahl Geschwüre, die in Nachbarorgane, meist in die Leber oder das Pankreas, durchgebrochen waren, deren Grund durch das betreffende Organ, in das sie perforiert waren, gebildet wurde; es sind die Geschwürsarten, die man allgemein als „penetrierende" bezeichnet. Eine größere Zahl der hier verzeichneten Geschwüre ging mit starker Tumorbildung einher, hatte mächtige Verklebungen und Verwachsungen in ihrer Nachbarschaft hervorgerufen, aber ein Durchbruch in ein anderes Organ war nicht erfolgt. Auch hier zeigte das Geschwür oft

einen Trichter mit harten, gefäßarmen Rändern. Bei einer dritten Reihe von Fällen konstatierte man nur einen oft faustgroßen, den Magen mit den Nachbarorganen fest verlötenden Tumor, so daß man nicht sicher sagen kann, ob man diese Fälle den penetrierenden oder nicht penetrierenden zusprechen soll.

Die Zahl der eben beschriebenen Geschwürsformen unter meinen Fällen beträgt 47 = 29,5 Proz. der Gesamtzahl von 163 Patienten. Auf das Geschlecht der Patienten finden wir sie so verteilt, daß 27 Männer 20 Frauen gegenüberstehen.

Bei den Männern ist kein Fall vor dem 30. Jahre operiert worden, bei den Frauen aber 3 Patientinnen zwischen dem 15. und 25. Jahre. Beide Geschlechter zeigen die höchsten Zahlenwerte zwischen dem 35. und 50. Lebensjahre. Die Zahl der operierten Frauen sinkt dann, während die Zahl der operierten Männer ununterbrochen steigt und in den Jahren 50—60 ihren Höhepunkt erreicht.

64 Proz. der Kranken war länger als 11—30 Jahre und noch länger vor der Operation krank gewesen! Die Krankheitssymptome, die die Patienten vor der Operation hatten, waren in 33 Fällen Schmerzen und Erbrechen, 5 mal Erbrechen und 8 mal Blutung und Bluterbrechen. Veranlaßte ferner in 8 Fällen mehrmalige Blutung den operativen Eingriff, so finden wir diese außerdem noch in 5 weiteren Fällen erwähnt. Insgesamt wurden in 28 Fällen Blutstühle nachgewiesen. Über die Unzuverlässigkeit dieser Zahl ist oben schon gesprochen worden. Abmagerung, besonders in letzter Zeit vor der Operation, z. T. hochgradige bis zu 40 und 50 Pfund, finden wir in 32 Fällen erwähnt. In nur 39 Fällen wurde aus den oben erwähnten Gründen der Säuregehalt des Magensaftes geprüft. Es fand sich dabei in 19 Fällen geringere Gesamtazidität als 40, in 3 Fällen normale, 40—50, und in 17 Fällen Hyperazidität, d. h. 45 Proz. Außerdem wurde 4 mal Milchsäure im Magensaft nachgewiesen. 24 mal war im Epigastrium vor der Operation ein Tumor festgestellt worden.

Die Zahl der an diesen 47 Patienten gemachten Operationen beträgt 47. Die folgende Tabelle zeigt die Art der angewandten Operationen und ihre Mortalität. Es wurden ausgeführt:

Gastroenterostomia retr. post. mit Naht	26	mal mit	1	Todesfall
Gastroenterostomia retr. post. mit Knopf	7	„ „	1	„
Gastroenterostomia ant. ant. mit Naht	2	„ „	1	„
Excision des Ulcus	6	„ „	1	„
Resektion und Gastroenterostomia	3	„ „	0	„
Jejunostomie	2	„ „	1	„
Gastroplicatio et Pexis	1	„ „	0	„
	47	mal mit	5	Todesfällen.

Die Mortalität beträgt also 10 Proz.

Bei Fall I 22[1]) war der Tod bedingt durch Bronchopneumonie, bei I 39, drei Wochen post operat. ebenfalls durch Pneumonie, die in Gangrän überging und zu einem Empyem führte. Zweimal haben tödliche Blutungen aus den Geschwüren nach, oder wohl besser, infolge der Manipulationen beim Eingriff stattgefunden, und zwar obgleich man sich dieser Gefahr beim Operieren bewußt war. Das eine Mal, I 14, wurde deshalb nur die Jejunostomie gemacht, das Minimum, das möglich war. Im anderen Falle, I 35, waren kurz vor dem Eintritt in die Klinik häufige Blutungen in den Magen und Darm erfolgt. Auch bei uns blutete der Patient noch, er war sehr anämisch geworden. Man machte, um die Lösung von Verwachsungen zu vermeiden, die vordere Gastroenterostomie mit Naht und Enteroanastomose mit Knopf. Eine schwere Blutung trat trotzdem wieder ein, sie war tödlich. Man hätte den Fall auch zu den blutenden Ulcera zählen können. Der 5. Fall erlag nach einer äußerst komplizierten Geschwürsresektion einer Peritonitis infolge Magenwandnekrose. Dieser letztere scheint mir der einzige Todesfall zu sein, welcher der Operation als solcher zuzuschreiben ist.

Was den Sektionsbefund bei diesen Fällen betrifft, so zeigte sich bei Fall I 39 ein Ulcus callosum des Pylorus und Duodenum, das krebsig(?) entartete Ränder hatte. Bei dem anderen Pneumoniefalle, I 22, bestätigte sich der Operationsbefund. Es handelte sich um ein kallöses Ulcus am Pylorus, diesen verengend. Bei Patient I 35, der an Verblutung gestorben war, fand sich ein mit Leber und Pankreas verwachsenes, kallöses Geschwür. Bei dem vierten, dem ausgebluteten Patienten I 14 (Jejunostomie, der an Schwäche ad exitum gekommen war, zeigte die Obduktion ein im Grunde eines handtellergroßen Ulcus callosum gelegenes, arrodiertes Gefäß und zahlreiche Ver-

1) Vergl. die Tabelle am Schluß der Arbeit.

wachsungen zwischen Magen und Pankreas. Bei dem letzten (I 45) Patienten war das Ulcus entfernt. Er hatte Peritonitis nach Nahtnekrose.

Der Sitz der Geschwüre. In 22 Fällen saß das Ulcus callosum am Pylorus = 47 Proz., 18 mal an der kleinen Kurvatur = 40 Proz. und 7 mal am übrigen Magen = 13 Proz., 2 von diesen letzteren in der Nähe der Kardia. 30 mal fand der Operateur das typische, kallöse Geschwür; 7 mal war es in Nachbarorgane perforiert. In den übrigen 17 Fällen handelte es sich um kallöse Tumorbildungen. In 3 Fällen zeigten sich außer dem Ulcus callosum multiple Narben und Geschwüre. — In Fall I 39 fand der Pathologe, wie erwähnt, ein Geschwür am Pylorus und Duodenum, dessen Ränder krebsig entartet waren. Der Operateur hatte bei der Operation keinen Krebsverdacht geäußert. Wir können diesem Vermerk im Protokoll keinen großen Wert beimessen. Eine mikroskopische Untersuchung wurde nicht unternommen. Wir kommen auf diesen Fall weiter unten zurück.

Der postoperative Verlauf. Bei einigen Fällen trat nach der Operation eine Heilungsverzögerung ein. Blutungen wurden 3 mal beobachtet, 2 mal trotz Excision des Geschwürs (Nr. I 26 und Nr. I 41) und einmal blutete es weiter nach Jejunostomie (Nr. I 11). Bei den Sektionsprotokollen haben wir aber auch 2 Fälle gefunden, die durch Blutung zu Tode kamen (Nr. I 35 Gastroenterostomie und Nr. I 14 Jejunostomie). Beide mit Jejunostomie behandelten Patienten bluteten demnach weiter. Ebenso auffallend ist, daß von 7 mit Excision behandelten Fällen 2 bluteten, ein hoher Prozentsatz!

Welche Dauerresultate boten die 42 überlebenden Patienten? Es ist mir gelungen, über alle Patienten genügende Auskunft zu erhalten. Die Dauerresultate teile ich ein in 4 Gruppen. Die erste Gruppe enthält Patienten, die gar keine Magenbeschwerden mehr nach der Operation gehabt haben, voll arbeitsfähig sind und alle oder fast alle Speisen vertragen können. Die zweite Gruppe enthält Patienten, die bei voller Arbeitsfähigkeit eine geringe Vorsicht in der Ernährungsweise innehalten müssen. Die dritte Gruppe enthält Patienten,

die nicht voll arbeitsfähig sind, Magenbeschwerden haben, sich im Ganzen aber doch viel wohler fühlen als vor der Operation. Unter der vierten Gruppe finden sich diejenigen Patienten, deren Zustand sich nach der Operation nicht gebessert oder verschlimmert hat und solche, bei denen der Tod infolge ihres Magenleidens eingetreten ist. Auch die beobachteten Krebsfälle sind hier untergebracht. In den folgenden Abschnitten teilen wir die Dauerresultate immer in diese vier Gruppen ein.

Es fand sich, daß 18 von 42 Patienten ein sehr gutes, 9 Patienten ein gutes, 1 ein schlechtes und 14 ein ganz schlechtes Resultat boten. 8 von diesen letzteren Patienten wurden in Kiel nachuntersucht.

Bei den Fällen schlechten Erfolges sind die Beschwerden folgende: Brechen, hervorgerufen durch erneut behinderten Abfluß (I 1, I 44, I 11), ferner Schmerzen und Blutungen (I 28) ohne Motilitätsstörungen. Patient I 13 ist 6 Jahre post operat. nach völligem Wohlergehen nach Ansicht des Arztes an Blutungen aus Darmgeschwüren (?) gestorben. 2 Patienten sind etwa 1½ Monate nach der Entlassung aus der Klinik gestorben, I 10 an Schwäche, die Heilung wurde durch Bronchitis und schweres Emphysem stark beeinträchtigt, und I 34 an einer Perforationsperitonitis (Excision des Ulcus).

Es folgt nun eine Reihe von 7 Patienten, die teils an den Folgen eines Carcinoms gestorben sind, teils noch leben, bei der Nachuntersuchung aber krebsverdächtig waren. Die Patienten I 21 und I 27 sind 2 Jahre nach der Operation laut Arztbericht an Magen- und Leberkrebs gestorben. Patient I 30 kehrte 2 Jahre post. op. als Ca. inop. in die Klinik zurück. Er starb 14 Tage nach seiner Entlassung. Die Untersuchung von 2 Fällen, deren Operation erst 1 Jahr zurückliegt, ergibt Carcinomverdacht. Bei Patient I 38 findet sich ein verdächtiger Tumor im rechten Epigastrium, verfallenes Aussehen und Gewichtabnahme, bei Patient I 47 ausgesprochene Kachexie, ferner Klagen über Schmerzen und Erbrechen ohne nachweisbare Motilitätsbehinderung. Über einen Fall (Nr. I 12 Gastroenterostomie) konnten die Ärzte nur die Mitteilung machen, daß der Patient nach 7 jährigem Wohl-

ergehen an einer den Magen stenosierenden Krankheit zugrunde gegangen sei. Dieser Fall bleibt unklar.

Patient I 4, dem es 10 Jahre lang nach der Operation (Billroth II wegen Carcinomverdacht) gut gegangen, ist seit 2 Jahren wieder magenleidend, und zwar nach Ansicht des Arztes magenkrebskrank.

Dieser Patient ist nun in den Sommermonaten 1912 in unserer Klinik auf das genaueste untersucht worden. Der Magen war anazid, aber niemals konnte Blut im Stuhl nachgewiesen werden, was mit einer Sicherheit von etwa 96 Proz. gegen Carcinom spricht. Ein Tumor war weder zu fühlen, noch röntgenologisch nachzuweisen. Nach 14tägiger Behandlung besserte sich der Zustand, Patient hatte 6 Pfund zugenommen. Nach Ansicht der Klinik handelte es sich nicht um ein Carcinom, sondern um Gastritis und Perigastritis. Im November 1913 befindet sich der Kranke in gebessertem Zustande — noch am Leben!

Was ist aus den Fällen geworden, bei denen der Chirurg bei der Operation die Diagnose Carcinom oder Carcinomverdacht aussprach? Fall I 8, der als Carcinoma inoperabile galt, erfreut sich 10 Jahre post op. der besten Gesundheit! Der bei weiteren 4 Patienten (I 4, I 5, I 6 und I 27) bei der Operation ausgesprochene Carcinomverdacht, hat sich nur bei dem letzten Patienten bewahrheitet. Dieser Patient ist nach 2 Jahren an Magen- und Leberkrebs gestorben.

Es stünden demnach bei der Gruppe des Ulcus callosum 42 Proz. Mißerfolge (32 Proz. + 10 Proz. Mortalität) 58 Proz. Heilerfolgen gegenüber. Es ist aber fraglich, ob man die Fälle, bei denen zweifellos Verwechslungen von ulzeriertem Carcinom und Ulcus callosum sich ereigneten, in einer Statistik über chirurgische Behandlung des Magengeschwürs behalten soll. Verschiedene Bearbeiter dieser Fragen haben derartige Fälle offenbar ausgeschaltet. Man kann darüber in der Tat verschiedener Ansicht sein, es ist nur zu verlangen, daß diese Ansicht so oder so deutlich ausgesprochen wird, damit der Leser weiß, woran er ist.

Wir sahen, daß in 4 Fällen bei der Operation ein Carcinomverdacht bestand, der sich nur einmal (I 27) bewahrheitete. Bei 4 anderen stellte sich das Übersehen des Carcinoms später heraus. Diese Fälle belasten die chirurgische Statistik; aber nicht die eigentliche chirurgische Technik, sondern unser diagnostisches

Können. Nichtsdestoweniger trüben sie die Prognose des einzelnen zur Operation stehenden Falles mit 7—10 Proz. Bringen wir die 6 diagnostischen Irrtümer in Abzug, so würden auf 41 operierte Fälle von Ulcus callosum 5 Todesfälle und 9 schlechte Resultate kommen (Gruppe III und IV), also 34 Proz. Mißerfolge, eine auch von anderen Autoren angegebene Zahl. Rechnet man nur die Dauererfolge nach glücklich überstandener Operation, so kämen auf 36 Fälle 9 ungünstig verlaufende, 25 Proz. Wir glauben zuversichtlich, daß die Zahl der diagnostischen Irrtümer mit Hilfe besserer klinischer Untersuchungsmethoden, in erster Linie mittels der chemischen Untersuchung des Stuhles auf okkultes Blut und mit dem Röntgenverfahren sich vermindern wird. Wir kommen übrigens auf die Frage Ulcus und Carcinom am Schlusse der Arbeit ausführlich zurück.

Die Patienten mit guten Heilresultaten (Gruppe I und II) haben alle an Gewicht zugenommen, das mindeste ist 10 Pfund, meist 25—40 Pfund. 2 Patienten mit bestem Heilresultat sind inzwischen an anderen Krankheiten gestorben. Der Sektionsbefund von einem dieser beiden spricht nur von einer leichten Anämie des Magens.

Die Nachuntersuchung des Magensaftes auf Säurewerte hin, vorgenommen an 9 Patienten, ergab in 2 Fällen keine Säure oder Galle, in 2 Fällen subnormale Säureverhältnisse (7—11), in 3 Fällen annähernd normale Aziditätswerte (38—40), 2 mal erhält man nach Probefrühstück keinen Magensaft.

Im Folgenden sollen kurz die angewandten Operationen, ihre Mortalitätsziffern und das Zahlenverhältnis, in dem sie sich auf Heil- und Mißerfolge verteilen, besprochen werden. Die Mortalität von 35 Gastroenterostomien beträgt 3 Fälle (2 mal Pneumonie I 22 und I 39 und 1 mal Blutung I 35). Die schlechten Dauerresultate beruhen darauf, daß sich in 3 Fällen (I 21, I 27, I 30) ein Magencarcinom offenbarte, in 1 Fall I 47 Carcinomverdacht bestand, 1 mal Kachexie und daß 4 mal die Ulcusbeschwerden bestehen blieben. Fall I 13 ist an einer ätiologisch unklaren Krankheit zugrunde gegangen. 20 von 27 guten Heilresultaten wurden durch die Gastroenterostomie erzielt. Die Jejunostomie hat in beiden Fällen, wo sie angewandt wurde, keine Heilung gebracht. Die Gastroplicatio et

Pexis ist einmal mit gutem Erfolge angewandt worden. (Näheres siehe bei Graf.) Die Excision wurde 6mal ausgeführt mit 1 Todesfall und einem Perforationsfall 1 Monat nach der Entlassung. Die Heilresultate sind sonst gut. Die 3 Resektionen des Pylorus mit Gastroenterostomie hatten 2 Mißerfolge. (Beginnendes Ca. I 38 und chronische Gastritis I 4.)

II. Das Ulcus simplex.

In diesem Abschnitte sind die Ulcusformen aufgezählt, die nicht den kallösen Charakter tragen und im ganzen oberflächlichere Defekte in der Magenwand setzen. Solche Abtrennungen sind nicht frei von Willkür, aber dem Vorgange anderer Autoren folgend, wurden sie auch von uns durchzuführen versucht. So sind hier auch einige Fälle erwähnt, die bei der Operation kein sicheres Ulcus darboten, klinisch aber typische Ulcusbeschwerden gemacht hatten. Krönlein nimmt in diesen Fällen stets ein offenes Ulcus an. Auch einige Fälle mit schwieliger Perigastritis sind in diesen Abschnitt eingereiht. Im ganzen ergaben sich 39 Patienten, d. h. 24 Proz. der Gesamtzahl aller wegen Magenulcus operierter Fälle, die mit den eben beschriebenen Geschwürsformen behaftet waren.

Auch hier ist das männliche Geschlecht zahlenmäßig mehr als das weibliche vertreten. Die Zahl der operierten Männer beträgt 22, die der Frauen 17.

Ebenso wie beim Ulcus callosum kommen die Frauen relativ früher zur Operation als die Männer. Die größte Zahl der Operationen fällt bei den Männern in den Zeitraum zwischen das 30. und 40., bei den Frauen zwischen das 15. und 30. Lebensjahr. Die Zahl der bei den Männern ausgeführten Operationen sinkt langsam bis zum 50. Jahr. Die Kranken mit Ulcus simplex waren also im Durchschnitt erheblich jünger als bei Ulcus callosum.

Nur 1 Patient mit Ulcus, und zwar nach Salzsäureverätzung, die 2 Monate vor der Operation lag, ist kürzer als 1 Jahr krank gewesen. — Ein anderer Patient, dessen Magenleiden vor der Operation etwa 6 Monate währte, führte seine Beschwerden auf ein Trauma zurück. Dem Patienten war ein 25 kg schwerer Balken auf den oberen Teil des Abdomens gefallen. Etwas

mehr als die Hälfte aller Fälle sind vor der Operation 11—30 Jahre und länger krank gewesen.

Die Beschwerden, die die Patienten vor der Operation gehabt hatten, waren dieselben, wie bei den Patienten mit Ulcus callosum. Schmerzen und Erbrechen gaben 30 mal, Erbrechen ohne wesentliche Schmerzen 1 mal, Bluterbrechen 8 mal den Anlaß zum operativen Eingreifen. Außer diesen 8 Patienten finden wir in 11 anderen Fällen Blutungen von geringerer Bedeutung in den Krankenberichten erwähnt. Außerdem wurde in der Klinik 20 mal Blut im Stuhl nachgewiesen[1]. Das Ulcus simplex blutete also öfter als das Ulcus callosum. Auch finden wir in einem späteren Abschnitte über das frischblutende Geschwür viel mehr die einfachen Ulcusformen vertreten, als das Ulcus callosum. Die neueren experimentellen Untersuchungen Payrs haben es bestätigt, daß der wallartige Rand des Ulcus callosum gefäßarm ist; vielleicht findet jene Tatsache hierin eine Erklärung. Hier sei auch hervorgehoben, daß in einem höheren Prozentsatz Blutungen oder Bluterbrechen beim Ulcus simplex den Grund zum operativen Einschreiten gaben als beim Ulcus callosum: bei ersterem in 21 Proz., bei letzterem in 17 Proz.. 24 mal finden wir in Krankengeschichten Abmagerung verzeichnet. Bei 33 Patienten wurde vor der Operation der Magensaft auf Säurewerte hin untersucht. Es ergab sich, daß geringere Säurewerte als normal 10 Patienten, normale Säure 7 Patienten, hingegen Hyperazidität 15 Patienten hatten. 44 Proz. der Patienten hatten demnach mehr oder weniger Hyperazidität des Magensaftes. Milchsäure wurde 5 mal nachgewiesen. Motorische Störungen waren bei 25 Patienten nachweisbar. In 15 Fällen konnte der Operateur vor der Operation einen Tumor im Epigastrium palpieren.

An den 39 Patienten wurden 41 Operationen ausgeführt, 39 primäre und 2 Relaparotomien:

Gastroenterostomia retr. post. mit Naht	18 mal	mit 1	Todesfall
Gastroenterostomia retr. post. mit Knopf	16 „	„ 3	Todesfällen
Gastroenterostomia ant. ant. mit Naht	2 „	„ 0	„
Excision	1 „	„ 0	„

1 Auch für diese Angaben gilt das oben Gesagte, sie sind unzureichend betreffs des Nachweises okkulter Blutung.

Resektion und Gastroenterostomia	2 mal	mit 0 Todesfällen
Enteroanastomose	1 „	„ 0 „
Lösung der Adhäsionen	1 „	„ 0 „
	41 Operat.	4 Todesfälle.

Die zwei Relaparotomien bestanden: 1. In einer G. E. a. a. bei Fall II 4 $4^1/_2$ Jahre nach G. E. wegen Pylorusstenose — man fand ein Ca. der alten G. E. r. p. —, 2. in einer Enteroanastomose II 36, wegen Circulus vitiosus 2 Monate nach G. E. r. p.

Auf diese 41 ausgeführten Operationen kommen 4 Todesfälle, etwa 10 Proz., also ungefähr die gleiche Sterblichkeitsziffer wie bei den Operationen des Ulcus callosum.

Bei den 4 Gestorbenen war die G. E. r. p. gemacht worden, (3 mal mit Knopf, 1 mal mit Naht.) Die Todesursache war bei Fall II 15 Kollaps in der Narkose während des Eingriffs. Bei Fall II 5 handelte es sich um ein schwer heruntergekommenes Individuum mit Pylorusstenose, das 3 Monate nach Salzsäureverätzung in elendem Zustande dazu mit Lungenspitzenaffektion zur Operation kam. Eine ausgedehnte Perigastritis und Adhäsionen machten die Lösung starkblutender Verwachsungen erforderlich. Der Patient war von der med. Klinik verlegt, weil die Operation unumgänglich nötig war. Im dritten Fall, II 14, war die Patientin 70 Jahre alt und erlag einer Pneumonie! Die heftigen Beschwerden der Kranken machten trotz des bedenklich hohen Alters die G. E. notwendig. Der 4. Todesfall schließlich, II 26, kam ebenfalls in elendem Zustande zu uns. Er hatte tagelang alles erbrochen und war deshalb vom Arzte auf Ileus behandelt worden. Mit Infusionen wurde er etwas hoch gebracht. Man operierte in Lokalanästhesie. Das Erbrechen hielt nach der G. E. an, dazu stellten sich Durchfälle ein, Patient verfiel in komatösen Zustand und Anurie trotz Infusionen. Im Urin schon vor der Operation Eiweiß in Spuren nachweisbar — die Obduktion ergab Schrumpfnieren.

Bei der Obduktion von drei dieser 4 Patienten fand man bei Patient II 14 ein Geschwür an der kleinen Kurvatur, bei Patient II 15 und Patient II 26 Ulcera des Pylorus. Bei Patient II 26 dachte der Obduzent an die Möglichkeit eines Carcinoms, aber auch hier ist der bestimmte Nachweis eines Carcinoms durch mikroskopische Untersuchung nicht erbracht worden, wodurch die Feststellung den

wissenschaftlichen Wert verliert. Der Operateur hatte weder bei diesem, noch bei sonst einem Patienten dieser Gruppe Carcinomverdacht ausgesprochen.

Der Sitz der Geschwüre. Die pathologischen Veränderungen, die in diesen 39 Fällen der Magen bei der Operation aufwies, waren 22 mal ein Ulcus simplex, von Linsen- bis Talergröße. 5 mal davon multiple Ulcera und Narben, ferner 11 mal schwielige Perigastritis ohne Sichtbarkeit eines Ulcus. In 5 weiteren Fällen sind die Befunde nicht genau beschrieben. Es heißt da: Pylorus ringförmig kontrahiert oder Pylorus in einen weichen Tumor verwandelt. 1 mal bot der Magen bei der Operation scheinbar keine krankhaften Veränderungen. Die Ulcera befanden sich 13 mal am Pylorus, 7 mal an der kleinen Kurvatur und 2 mal an den übrigen Magenteilen lokalisiert, die Fälle mit Perigastritis 6 mal am Pylorus, 3 mal an der kleinen Kurvatur und 2 mal an den übrigen Magenabschnitten. In 4 von den 5 unklaren Fällen ist der Pylorus der Sitz der pathologischen Affektion. 1 mal sind die Angaben unbestimmt. Mithin ist in nicht ganz 60 Proz. der Pylorus betroffen, in 27 Proz. die kleine Kurvatur und in 13 Proz. die übrigen Magenabschnitte.

Als Komplikationen, die die Operation und die Heilung wesentlich störend beeinflußten, kamen, abgesehen von denen, die den Tod des Patienten herbeiführten, folgende in Betracht: 1 mal eine Pneumonie nach G. E., verbunden mit Thrombose der Vena femoralis; 3 mal Erscheinungen von Circulus vitiosus. 2 dieser Patienten verloren durch Spulung ihr Erbrechen, der 3. Patient wurde mit bestem, dauernden Erfolg operiert (Enteroanastomose). Durch Blutungen wird die Heilung von Patient II 38 aufgehalten. Patient muß auch eine Pneumonie durchmachen, eine andere Patientin erleidet durch Hämorrhoidalblutungen eine starke Schwächung.

Die Dauerresultate. Von den 35 überlebenden Patienten konnte ich über 32 genügende Auskunft erhalten. Von 3 Patienten war eine Nachricht nicht zu bekommen. 15 Fälle boten ein sehr gutes, 9 ein gutes, 2 ein schlechtes und 6 ein sehr schlechtes Resultat. Es sind demnach 75 Proz. gute Resultate zu verzeichnen.

Die 8 Mißerfolge gruppieren sich folgendermaßen: 3 Patienten haben neue Ulcusbeschwerden.

Es bestehen Klagen über Schmerzen, Erbrechen bei II 8 und

II 2, II 3 ist 5 Jahr p. G. E. r. p. mit Knopf nach völligem Wohlergehen und Gewichtszunahme von 50 Pfund an nicht zu stillenden Magenblutungen gestorben.

Die Nachuntersuchung von Patient (II 33) ergibt den Verdacht eines Ulcus pepticum jejuni. Aufstoßen, voluminöses, schmerzhaftes Erbrechen, deutliche Palpation der geblähten G. E.-Schlingen lassen bei Patient (Nr. II 28 und II 19) einen G. E.-Verschluß erkennen. Höchst interessant ist Fall II 4!

Bei ihm fand man, als 4 Jahre nach der früheren G. E. r. p. wegen neuer Beschwerden die Relaparotomie gemacht wurde, zunächst massenhafte, infiltrierte Drüsen und dann ein zerklüftetes, hartes Ulcus in der alten G. E.-Öffnung. Der Pylorus war derb und narbig. Die Untersuchung der Drüsen ergab Magencarcinommetastasen! Offenbar handelte es sich um einen der seltenen Fälle von Carcinom auf einer G. E.-Öffnung.

Über Patientin II 37 berichtete der Arzt, daß sie kachektisch sei und alle Speisen erbreche. Das Ulcus war ein Jahr vorher excidiert worden. Die Diagnose des Zustandes bleibt unklar — es liegt aber Carcinomverdacht vor. Also nur zwei Fälle dieser Gruppe haben Beziehung zu Carcinomen!

Da die Fälle mit schlechtem Heilresultat mit Ausnahme des unklaren Falles Nr. II 37 (Excision des Ulcus 1902) alle mit G. E. behandelt worden sind, so müssen wir nachprüfen, ob die Operationsmethode mit den Mißerfolgen in ursächlichem Zusammenhang steht? Wenn wir von dem Carcinomfall als wohl nicht in ursächlicher Beziehung zur G. E. stehend absehen, so finden wir bei einem Rückblick auf die postoperativen Störungen 3 mal Circulus vitiosus. 1 mal ist eine Enteroanastomose nötig. In der Folge sind 2 Mißerfolge auf G. E.-Verschluß zurückzuführen, 4 mal treten neue Ulcusbeschwerden auf trotz angelegter G. E.

Die Fälle mit gutem und sehr gutem Heilresultat haben durchweg an Gewicht zugenommen und gehen mit aller Kraft ihrer früheren Beschäftigung nach.

Wenn wir uns nun zum Schluß noch kurz den Säureverhältnissen des Magensaftes zuwenden, die bei den Nachuntersuchungen von 8 Patienten erhoben wurden, die alle mit G. E. behandelt waren, so finden wir in 3 Fällen keine oder nur schwache Säurewerte, hingegen reichlich Galle, bei 3 weiteren Patienten Werte von 10—18, und bei den beiden letzten Werte von 21—32. In 5 dieser 8 Fälle wurde die Anwesenheit von Galle nachgewiesen.

III. Ulcusnarben und Adhäsionen.

Unter dieser Gruppe habe ich die Fälle gesammelt, welche bei der Operation weder ein Ulcus simplex noch ein Ulcus callosum boten. Einige Fälle sind in diesem Abschnitt untergebracht, die außer Ulcusnarben und Adhäsionen eine geringe Perigastritis aufwiesen. Sie finden hier Erwähnung, weil die den Pylorus stenosierende Narbe die Beschwerden hervorgerufen hatte, derentwegen der Patient zur Operation kam. Ferner sind 2 Patienten hier erwähnt, die ihre Magenbeschwerden zurückführten auf ein Trauma. Ein 3. Patient hatte einige Monate nach einer Salzsäureverätzung heftige Stenosenerscheinungen. In Fällen, wo die Entscheidung schwer wurde, ob es sich um ein Ulcus oder eine Ulcusnarbe handelte, habe ich die Patienten mit dauernden Stenosenerscheinungen in diese Gruppe hineingenommen. Einige Fälle, die vor und bei der Operation als solche mit Ulcusnarbe oder Narbenstenose angesprochen wurden, zeigten nach erfolgter Sektion ein Ulcus. Die pathologische Einteilung der Fälle mit Magenulcusbeschwerden in einzelne Abschnitte enthält demnach sicherlich auch in dieser Gruppe Unrichtigkeiten. Anderseits gibt sie uns auch ein gewisses Recht, sie unter denselben Gesichtspunkten zu betrachten, wie die beiden ersten Gruppen, ferner bei der Zusammenfassung der Dauerresultate die drei ersten Gruppen als ein Ganzes zu nehmen.

Es sind 43 Fälle, die in dieser Gruppe gesammelt sind und gemeinsam besprochen werden sollen, d. h. 26 Proz. der Gesamtzahl aller Ulcusfälle. Auf das männliche Geschlecht entfallen 26, auf das weibliche 17 Fälle. Auch hier wiederum ist ein zahlenmäßiges Überlegensein der Männer gegenüber den Frauen festzustellen.

Haben wir bei Besprechung des Ulcus callosum und des Ulcus simplex darauf hinweisen können, daß die höchsten Operationszahlen der Frauen weit mehr in jugendlichem Alter liegen als bei den Männern, beim Ulcus simplex sogar um fast ein Dezennium zurückliegen gegenüber denen der Männer, so finden wir hier, daß z. B. von 20—44 Jahren 17 Männer = 65 Proz. (bezogen auf 26 operierte Männer) und nur 6 Frauen = 35 Proz. (bezogen auf 17 operierte Frauen) operiert wurden. In den Jahresabschnitten von 45—60 Jahren sind die bei den Frauen ausgeführten Ope-

rationen sogar zahlenmäßig überlegen. Vielleicht findet man die Erklärung für die Tatsache darin, daß von 17 innerhalb des 20.—45. Jahres operierten Männern 14 die narbigen Veränderungen am Pylorus hatten, so daß bei ihnen eine dauernde Abflußhemmung des Magens bestand, die durch keine noch so gute diätetische Behandlung aufgehoben werden konnte, und starke Retentionserscheinungen und Kräfteverlust durch Abmagerung im Gefolge hatten. Ein großer Teil dieser Narben hätte, an anderen Magenteilen lokalisiert, keine heftigen Beschwerden verursacht.

Aus den Krankengeschichten der Patienten mit offenem Ulcus haben wir entnommen, daß die Beschwerden meist anfallsweise auftreten, eine Zeitlang mit enormer Heftigkeit andauern, andererseits aber wieder bei genügender diätetischer Lebensweise lange Zeit, oft jahrelang, symptomlos bleiben können, allerdings aber den Patienten während des Anfalls durch Blutverlust und spastische Motilitätshemmung in kürzester Zeit in eine sehr elende, die Operation gebietende Verfassung brachten. Daher finden wir auch in den Krankengeschichten rapide Gewichtsverluste in der letzten Zeit unmittelbar vor der Operation gerade sehr oft bei den Ulcusfällen. Die Dauer der Beschwerden, welche die Patienten mit Ulcusnarben oder Adhäsionen gehabt haben, ist in den Anamnesen bei weitem kürzer angegeben als bei den Patienten mit offenem Ulcus. Wenn wir von einem Fall absehen, bei dem Angaben darüber nicht gemacht sind, so ergibt sich, daß 14 Patienten 11—30 Jahre und länger magenkrank gewesen sind vor der Operation, d. h. 34 Proz. Beim Ulcus callosum finden wir 64 Proz. mit einer Krankheitsdauer vor der Operation von 11—30 Jahren, beim Ulcus simplex mehr als die Hälfte. Für unser Material ergibt sich also, daß die Patienten mit Ulcusnarben eine geringere Krankheitsdauer vor der Operation gehabt haben, als die Patienten mit offenem Ulcus. Aber es ist doch fraglich, ob aus kleinen Zahlen allgemeine Schlüsse gezogen werden dürfen.

Die Symptome, die die Ulcusnarben und Adhäsionen veranlaßt hatten, waren in 27 Fällen Erbrechen und Schmerzen, in 11 Fällen heftiges Erbrechen ohne Schmerzen und nur 5 mal Bluterbrechen. Insgesamt waren in 12 Fällen früher oder kurz

vor der Operation Blutstühle beobachtet worden, d. h. in 27 Proz. aller Fälle. Charakteristisch ist die große Anzahl von 11 Patienten, d. h. 25 Proz., die lediglich ihr Erbrechen zur Operation trieb. Schmerzen finden wir in diesen Krankengeschichten fast gar nicht erwähnt. Lediglich mechanische Abflußhinderung schuf hier den Grund zum operativen Eingriff und beschleunigte ihn. Bei der Mehrzahl der offenen Ulcera finden wir Erbrechen ohne Schmerzen selten, beim Ulcus callosum nur 5 mal, beim Ulcus simplex gar nur 1 mal. Beide Gruppen stehen demnach, was die Häufigkeit des Erbrechens ohne Schmerzen anbetrifft, bei weitem hinter derjenigen der Fälle mit Ulcusnarben und Adhäsionen zurück. Umgekehrt fällt die relativ geringe Häufigkeit von Angaben über Blutungen vor der Operation 27 Proz. gegenüber der der anderen beiden Gruppen Ulcus callosum mit 60 Proz. und Ulcus simplex mit 77 Proz. ohne weiteres auf. Die Untersuchungen der Magensaftverhältnisse könnten zur Vermutung Anlaß geben, daß es sich in einer ganzen Anzahl dieser Fälle doch um kleinere, offene Magenulcera gehandelt hat. Es wurde geringere Azidität als normal (1—39) in 11 Fällen, normale Säurewerte (40—49) in 4 Fällen, in 28 Fällen dagegen Hyperazidität (50—70) gefunden. Immerhin ist es auffallend, daß in 65 Proz. aller Fälle Hyperazidität besteht gegen 45 Proz. bei Ulcus callosum und 45 Proz. bei Ulcus simplex. Nur 2 mal wurde Milchsäure gefunden. Dabei ist aber auch zu bedenken, daß in dieser Gruppe von Fällen die Pylorusbeteiligung beim Krankheitsprozeß eine sehr große ist. Von 43 sind 42 Angaben zu verwerten, danach war 32 mal — 75 Proz. — der Pylorus, 6 mal die kleine Kurvatur, öfter unter Einfluß des Pylorus, 4 mal der übrige Teil des Magens Sitz der pathologischen Affektion. Bei Ulcus callosum hatten wir 46 Proz., bei Ulcus simplex 60 Proz. Pyloruserkrankungen. Von den 17 hyperaziden Fällen der Ulcera callosa hatten 15, von den 15 hyperaziden der Ulcus simplex-Gruppe hatten sämtliche pylorischen Sitz des Leidens. Eine Bestätigung der bekannten Tatsache, daß zwischen Pyloruserkrankung und Hyperazidität Beziehungen bestehen, wohl auch ohne daß daselbst ein offenes Ulcus zu sitzen braucht.

Es ist verständlich, daß bei Verschluß des Pylorus durch eine Narbe mit den oben besprochenen Folgeerscheinungen jede

noch so vorsichtig durchgeführte, innere Behandlung ihren Zweck nicht erreichen konnte. Die Hälfte aller Fälle hatte gegen frühere Zeiten erheblich an Gewicht abgenommen. Außerdem finden wir in einer Reihe von Fällen nicht nur Klagen über Magenbeschwerden, auch Kombinationen mit anderen Krankheiten erschwerten den Patienten das Dasein und waren der eingeleiteten chirurgischen Therapie hinderlich. 2 Patienten waren obendrein gallensteinleidend, 2 mal lag eine Ren mobilis vor, eine Komplikation des Magenulcus, auf die in der Literatur wiederholt aufmerksam gemacht ist.

Die an diesen 43 Patienten ausgeführten Operationen betragen 56, 43 primäre und 13 Relaparotomien. Die Art, Zahl und Mortalität der ausgeführten Operationen zeigt folgendes Schema:

Operation	Zahl	Mortalität
Gastroenterostomia retr. post. mit Naht	29	1
Gastroenterostomia retr. post. mit Knopf	15	
Gastroenterostomia ant. ant. mit Naht	2	
Enteroanastomose	3	
Resektion und Gastroenterostomia	1	1
Jejunostomie	1	
Pyloroplastik	2	
Gastroenteroplastik	1	
Lösung von Adhäsionen	2	
Summe:	56	2

Die Mortalitätsziffer (4 Proz.) ist gering, nur 2 Patienten starben im Anschluß an die Operation.

III 30, ein alter Apoplektiker, ging am Tage der Operation an Schwäche zugrunde. Der Sektionsbefund zeigte einen enorm erweiterten Magen, mit Hypertrophie der Schleimhaut und der Muscularis, der Pylorus durch ein vernarbendes Ulcus sehr verengt. Bei dem anderen Fall, III 1, der mit Resektion behandelt war, ergab die Sektion keinen besonderen Magenbefund. Man fand Fettherz, Fettleber, Endarteriitis, alte Lues.

Auffallend ist die große Zahl von 13 Relaparotomien! Diese verteilen sich auf 7 Patienten. Davon sind 3 wegen nach der Operation neu auftretender Magenbeschwerden noch 1 mal operiert worden, 3 Patienten noch 2 mal, 1 Patient so-

gar 4 mal. Was gab die Veranlassung zu diesen wiederholten operativen Eingriffen?

Bei einer von 5 Patienten finden wir, daß die neue Magen-Darmöffnung eine auffallende Neigung zu narbiger Verengerung zeigt. Bei den beiden Fällen mit Pyloroplastik (III 9 und III 13) ist nach 2, bzw. 3 Jahren eine G. E. nötig, diese ist abermals nach 3 Jahren wieder verengert und macht bei beiden Patienten eine neue G. E., bzw. Enteroanastomose der G. E. nötig. Aus gleichem Grunde müssen 5, bzw. 2 Jahre nach G. E. bei Patient II 16 und III 4 eine neue G. E., bzw. Enteroanastomose der G. E. angelegt werden.

Ein eigenartig tückisches Krankheitsbild zeigt uns die Patientin Nr. 24. Die interessante Krankengeschichte sei hier beigefügt:

Nr. III 24. J.-N. 1180/1905. 31. X.—17. XII. 1905. Rosa S., 21 Jahre alt, Kaufmannstochter, Hamburg. Seit 3 Jahren Magenschmerzen und häufig Erbrechen. Damalige Diagnose: Ulcusstenose mit Milchsäuregärung. Frühjahr 1905 außerhalb G. E. a. a., nach 16 Tagen w. Circulus vit. Enteroanastomose d. G. E.. Nach 4 Wochen Rezidiv. Aufnahme i. Kiel: Grazil geb. Mädchen, schlecht ernährt. Magen l. v. d. Mittellinie bis zur Milzgegend druckempf.. 2 Querfinger br. über d. Nabel u. l. Rectus weiche Res.. 2. XI. 1915 Op.: Magen u. Darm m. vorderer Bauchwand u. Leber verwachs.. Resektion d. G. E. a. a. samt Enteroanastomose. Magen-Darmfistel nur für Kleinfinger durchgängig, Enteroanastomose weit. G. E. r. p. mit Naht nach Roux. Wiederaufnahme vom 7. V. bis 11. VI. 1906. Nach der Entlassung allmählich wieder Magenschm. u. Erbr. Schw. mot. Magenstörung. 12. V. Jejunostomie: Magen und Colon m. d. vorderen Bauchwand flächenhaft verw. Ausschließliche Fistelernährung. Annähernd beschwerdefrei entlassen. Wegen Erbr., Inanition, Abmagerung Sept. 1906. 5. Laparotomie: Absoluter Verschluß der G. E., Anlegen v. neuer G. E., Lösung d. Adhäs.. Arztbericht 1912. Einige Wochen p. op. Exitus an Entkräftung, n. Ansicht d. Arztes abermals G. E.-Verschluß. IV.

Einen nicht glücklicheren Heilverlauf wie die Fälle mit ausgesprochener Neigung zur Narbenbildung haben die Patienten III 7 und III 18, bei denen die G. E. durch ein Ulcus in der Magen-Darmanastomose verschlossen wird. Auch hier versucht der Operateur durch Anlegen einer neuen G. E., bzw. Enteroanastomose der G. E. Heilung zu bringen. Beim Betrachten der Mißerfolge begegnen uns auch diese Fälle wieder.

Graf schreibt über die G. E.-Schrumpfung: Die bei den Autopsien relativ häufig mitgeteilten Schrumpfungen der G. E. sind an und für sich bedeutungslos bei den Ulcera des Magenkörpers, die bei Ausheilung den Pylorus nicht verengern. Man erfährt auch aus diesem Grunde so gut wie gar nichts über Schrumpfungen der G. E. bei Ulcus des Magenkörpers. Kelling zeigt sogar am Tierexperiment, daß gerade die G. E. bei Magenkörperulcus leichter schrumpfen, als bei Pylorusstenose. Daß aber auch eine hochgradige Pylorusstenose nicht davor schützt, zeigen die eben aufgeführten Fälle. 5 mal war es in unseren 7 Fällen die G. E. mit Knopf, die späterhin schrumpfte. Auch die sonst in der Literatur spärlichen Mitteilungen belasten die G. E. mit Knopf mehr als die G. E. mit Naht. Bei derartigen Fällen mit Neigung zu Adhäsionen und Schrumpfungen, bei hochgradigen Ektasien des Magens sollte man den Knopf — dem wir damit keineswegs alle Vorzüge absprechen wollen — nicht nehmen.

Die Heilung der Operierten erfuhr eine Verzögerung durch Erscheinungen wie Circulus vitiosus in 2 Fällen, durch Pneumonie 3 mal und durch Blutung nach G. E. (III 19), in einem anderen Falle entwickelte sich im Anschluß an eine G. E. eine vorübergehende Anämie von 22 Wochen Dauer (III 23).

Die Nachprüfungen der Dauerresultate bei 40 Patienten dieser Gruppe ergaben: 15 mal ein sehr gutes, 12 mal ein gutes, 7 mal ein schlechtes und 5 mal ein sehr schlechtes Resultat. In einem Falle bekam ich von dem Patienten keine Nachricht. Die 70 Proz. guten und sehr guten Resultate haben entweder gar keine Beschwerden oder solche geringen Grades, welche sie in ihrer Arbeitsfähigkeit nicht beeinträchtigen. Immerhin muß man im Hinblick auf die vielen Relaparotomien, die gerade bei dieser Gruppe nötig waren, diesen Dauerresultaten etwas skeptisch gegenüberstehen! Die Patienten mit schlechtem oder sehr schlechtem Untersuchungsresultat gruppieren sich folgendermaßen:

3 Patienten haben Schmerzen. Einer wurde in Kiel nachuntersucht, von den beiden anderen liegt ein Arztbericht vor. Patient Nr. III 2 (Verwachsung zwischen Leber und Magen) war mit G. E. retr. post. versehen. Bei Patient Nr. III 40 war leider nur die Gastrolysis gemacht worden. Bei Patient (Nr. III 25, G. E. r. p. m. N.,

Pylorus von Adhäsionen umgeben) wurden bei der Nachuntersuchung in der Narbe 2 sehr druckschmerzhafte Hernien gefunden, die wesentlich zur Erschwerung des Leidens beitrugen. —

Bei einem 4. Patienten (Nr. III 7 breite Adhäsionen) — es ist der schon oben besprochene 2 mal relaparotomierte Patient, dessen erste Gastroenterostomie bei der neuen, 10 Jahre später ausgeführten Operation durch ein Ulcus pepticum verschlossen gefunden wurde, — muß die Frage offen bleiben, ob Ulcusbeschwerden oder Stenose der zweiten G. E. oder neue Verwachsungen die Beschwerden verursachen. Patient konnte, da er in Rußland wohnt, nicht bestellt werden. Hingegen bietet sichere Stenoseerscheinung der auch bereits wegen G. E.-Verschluß durch Ulcus pepticum relaparotomierte 5. Patient (Nr. III 15). Es wurde damals die Enteroanastomose ausgeführt. Patient befindet sich seit der ersten Operation fast dauernd in Krankenhausbehandlung und bot bei der Nachuntersuchung das Bild der Magenstenose. — Ebenfalls das Bild der Stenose zeigte die 6. Patientin (Nr. III 14), die wegen ausgedehnter Adhäsionen an der hinteren Magenwand 1903 gastroenterostomiert worden war. Schon 1906 bot Patientin das gleiche Bild wie 1912. — Über die Patientin (Nr. III 4) berichtet der behandelnde Arzt, daß die Beschwerden auf Magenatonie zurückzuführen seien. Diese Patientin wurde 2 Jahre nach der 1. Operation wegen G. E.-Verschluß mit einer Enteroplastik versehen. Patientin ist nachuntersucht worden. Der Röntgenbefund zeigt, daß sowohl die G. E. funktioniert als auch der Pylorus, ferner daß der Magen noch handbreit über der Symphyse steht; Untersuchungen und Röntgenbefund bestätigen die Diagnose des Arztes. Bei dem 8. Falle (Nr. III 24) haben wir bei Besprechung der Relaparotomien durch Anführen der Krankengeschichte schon genügend auf die hartnäckige, immer wieder rezidivierende G. E.stenose hingewiesen. — Einen weiteren Mißerfolg der operativen Behandlung stellt der 9. Patient (Nr. III 12) dar, der 4 Jahre post op. (G. E. retr. post. mit Knopf) nach völligem Wohlbefinden unter Ileuserscheinungen, verbunden mit Koterbrechen, zu Grunde gegangen ist, offenbar eine Folge der Verwachsungen, die schon bei der 1. Operation den Pylorus umgaben und verengten.

Ein 11. Fall (II 17) starb zu Hause, nachdem er in bestem Zustande die Klinik verlassen hatte. Es trat 31 Tage p. op. eine Peritonitis auf. Bei der Sektion stellte der Arzt fest, daß an der Stelle der kleinen Kurvatur, wo bei der Operation eine unverdächtige Narbe gefunden ward, eine Perforation eingetreten war. Die Operation war ohne Beziehung zum Tode. — Der 11. Fall (Nr. III 16) wurde einige Jahre nach der G. E. (1903) bei dieser Operation hatte man starke Verwachsungen zwischen Pylorus und Gallenblase gefunden, in der Gallenblase Steine wegen Gallensteinen noch einmal operiert und starb im Jahre 1910 nach Ansicht des Arztes an Darm- und Leber-

carcinom, aber ohne Beteiligung des Magens (?). Sektion wurde nicht gemacht. — Bei der Nachuntersuchung einen kachektischen Eindruck machte der 12. Patient (Nr. III 41) (Lösung von Adhäsionen 1910). Patient hat 20 Pfund abgenommen. Es handelt sich wohl um chronische Gastritis. Ein nicht klares Bild konnte ich gewinnen aus den Mitteilungen über die 13. Patientin (Nr. III 6), die 1901 wegen narbiger Pylorusstenose operiert worden war (G. E. retr. post. mit Knopf), und nach 4 jährigem Wohlbefinden — Patientin war späterhin noch zugleich mit Cholecystektomie appendektomiert worden — „an Leberschwellung" zugrunde gegangen ist. Der Palpationsbefund ergab kurz vor dem Tode eine höckerig angeschwollene Leber.

Auf diese Mißerfolge verteilen sich die Operationen, die an den Patienten vorgenommen waren, folgendermaßen: Ohne Dauererfolg erwies sich die Lösung von Adhäsionen in 2 Fällen.

Die mit G. E. behandelten Patienten hatten 2 mal Ulcusbeschwerden, 3 mal G. E.-Verschluß, 1 mal Darm-Ca (?) und 1 mal Leberschwellung (?) im späteren Gefolge. Die Enteroanastomose und die Enteroplastik, sekundär nach G. E. ausgeführt, erwiesen sich in je einem Falle als unzulänglich. —

So gut und glatt die Operationen bei einer Anzahl von Fällen dieser Gruppe vor sich gehen und so erfreulich und dauernd die Erfolge nach der G. E. bei ihnen sind, — so traurig ist bei anderen wieder der Verlauf. Im allgemeinen kann man die Fälle mit glatter Narbe am Pylorus und reiner Perigastritis als die günstigen ansehen, die mit Narbe und Adhäsionen oder nur mit Adhäsionen als die ungünstigsten.

Bei 36 in dieser Richtung verwertbaren Fällen haben wir 18, bei denen nur Narben oder auf den Magen beschränkte Perigastritis vermerkt wird und 18, bei denen von Adhäsionen, mehr oder weniger breiten Verwachsungen des Magens mit Leber, Bauchwand usw. die Rede ist. Bei den auf den Magen beschränkten Fällen hatten wir 12 sehr gute, 5 gute Resultate (zusammen 94 Proz.), 1 schlechtes (6 Proz.), kein sehr schlechtes zu verzeichnen; Bei den 18 Adhäsionsfällen dagegen nur 4 sehr gute und 5 gute Resultate, zusammen 50 Proz., dagegen 4 schlechte und 5 sehr schlechte (ebenfalls zusammen 50 Proz.).

Mit Recht hat der erfahrene Chirurg eine wahre Scheu vor den sog. „Adhäsionsmägen", die ähnlich wie die gefürchteten „Adhäsionsbäuche", höchst unsicheren Erfolg bei operativer Be-

handlung geben. Von vornherein muß man sich ja auch sagen, daß eine besondere Neigung zu neuen Verwachsungen und Beschwerden bestehen muß, wenn es dem Organismus nach Abklingen des floriden Ulcusprozesses nicht gelungen ist, die alten Adhäsionen zu resorbieren oder die Störungen zu überwinden. Im ganzen tut man gut, bei diesen Fällen die Operation sehr genau zu erwägen. Nur bei strikter Indikation soll man eingreifen! In dieser Beziehung gibt die chronologische Betrachtung der Fälle dieser Gruppe ein klares Bild: Während das Magenmaterial der Klinik im allgemeinen und das des Ulcus im besonderen sich innerhalb der letzten 3 Jahre vermehrt hat, sehen wir im Gegensatz zu dieser Beobachtung das Material dieser Gruppe von Fällen geringer werden. Bis zum Jahre 1907 (inkl.) wurden von unseren 43 Fällen 33 operiert, von da bis 1911 (inkl.) nur 10 23 Proz. (beim Ulcus callosum waren es im gleichen Zeitraum 61 Proz., beim Ulcus simplex 45 Proz.), und zwar mit besserem Erfolge als früher, was zweifellos wohl auf die strengere Auswahl zu beziehen ist, die von Herrn Professor Anschütz bei derartigen Fällen geübt wird.

IV. Der Sanduhrmagen.

Eine Komplikation im Gefolge von Ulcus ventriculi und seinen Vernarbungsprozessen stellt der Sanduhrmagen vor. Ich kann von 6 Fällen berichten, d. h. von 3,5 Proz. auf die Gesamtzahl von 163 Fällen bezogen. Diese Prozentzahlen sind gering im Verhältnis zu denen, die in der Literatur angegeben sind. Grünfeld findet 30 Proz., anderseits Petrèn unter 284 Patienten 28 Fälle mit Sanduhrmagen, also rund 10 Proz., und Burk unter 90 Fällen mit Magenulcus nur einen Sanduhrmagen.

4 von diesen 6 Patienten gehören dem weiblichen Geschlecht an, nur 2 dem männlichen. Petrèn findet unter 28 Sanduhrmägen nur 1 Mann, Finsterer unter 200 Fällen 80–90 Proz. Frauen. Es ist das wohl eine Folge der oben erwähnten Tatsache, daß Frauen häufiger das Ulcus am Magenkörper haben als Männer.

Die Patienten kamen zwischen dem 39. und 56. Jahr zur Operation, also in einem relativ hohen Alter. Schon wenn

wir die Vorgeschichten unserer Patienten betrachten, so fällt uns zwar die lange Dauer der Magenbeschwerden vor der Operation auf, aber die Beschwerden waren meist geringfügiger Art, und wurden von den Patienten lange Jahre hindurch mit Geduld ertragen, erst eine auffallende Verschlechterung in der letzten Zeit ließ in den Patienten den Entschluß zur Operation reifen. Die Symptome der Magenerkrankungen reichen bei diesen einzelnen Patienten zurück: 7, 8, 14, 19, 20, 29 Jahre, ja sogar bis in die Jugend! Die Beschwerden bestanden meist in Erbrechen und Schmerzen. Bluterbrechen war bei 1 Patientin 1 mal in der Jugend erfolgt. Außer diesem 1 Fall mit Blutungen in der Jugend finden wir in den Anamnesen nur noch bei 1 Patienten Bluterbrechen erwähnt, und zwar kurz vor der Operation. Die von Petrèn aufgestellte Behauptung, daß gerade der Sanduhrmagen am meisten von allen benignen Magenaffektionen vor der Operation blute, finden wir in unseren Fällen nicht bestätigt. 1 Fall, der früher schon einmal wegen Ulcus ventriculi operiert war, zeigt deutlich das allmähliche Entstehen des Sanduhrmagens. Die Krankengeschichte sei hier erwähnt:

J.-N. 1435/1903. Margarete K., Arbeiterfrau. Ulcus callosum der Magenhinterwand mit Leber und Pankreas verwachsen, an gleicher Stelle Ulcusnarbe. Damals schon leichte Einziehung des Magens, sanduhrformähnlich. Jejunostomie. Ernährung teils per os, teils durch Fistel. Nach $4^1/_2$ Jahren Wohlbefinden kamen die alten Magenbeschwerden allmählich wieder, ab und zu Erbrechen und Schmerzen und schließlich dauernd. Bei zweiter Operation weißliche Auflagerungen am Colon und Jejunum — letzteres an die vordere Bauchwand mit mehreren Schlingen fixiert — an der Magenhinterwand eine Narbe mit 1 pfenniggroßem Ulcus, der Magen sanduhrförmig.

Dieses zuletzt gefundene Ulcus war wohl das bei der ersten Operation festgestellte, kallöse Magengeschwür der hinteren Magenwand.

Bei den 6 Patienten mit Sanduhrmagen fand man vor dem chirurgischen Eingriff bei allen Patienten eine druckempfindliche Resistenz im linken oder rechten Epigastrium, in 1 Fall konnte man angeblich die Einschnürung am Magenfundus fühlen.

Die Säureverhältnisse sind bei nur vier Patienten vor der Operation geprüft worden, bei 2 wurde wegen zu großer Schmerzen davon Abstand genommen. In 3 Fällen finden wir Hyperazidität (60—90).

Die Zahl der wegen Sanduhrmagen an den Patienten vorgenommenen Operationen beträgt 7, 6 primäre und 1 Relaparatomie. Es wurden folgende Operationen ausgeführt:

G. E. retr. post. mit Naht und Enteroanastomose	in 1 Fall
G. E. antecol. ant. mit Naht	in 4 Fällen mit 0 Mort.
Gastroanastomose	in 2 Fällen.

Bei den Patienten mit G. E. a. a. finden wir in den Krankengeschichten die Bemerkung, daß wegen zahlreicher Adhäsionen eine G. E. retr. post. unmöglich anzulegen war. Wegen Verschluß der breit angelegten Gastroanastomose durch massenhafte Adhäsionen mußte später in 1 Fall die Gastroenterostomia retr. post. mit Naht ausgeführt werden. Der damalige Befund zeigte Verwachsungen zwischen Bauchwand und Colon transversum. —

Die pathologischen Veränderungen, die die Sanduhrfom des Magens bedingten, waren in unseren 6 Fällen entweder Magenulcera oder Ulcusnarben.

3 mal war der Magen durch ein Ulcus callosum stenosiert, welches 2 mal an der Hinterwand und 1 mal an der kleinen Kurvatur saß, und 2 mal durch Narben, die am Fundus saßen. Das an der kleinen Kurvatur sitzende Geschwür ist das von Riedel beschriebene, typische, auf der kleinen Kurvatur reitende Geschwür. In einem Falle ist der Ulcussitz in den Krankengeschichten nicht angegeben. Es wird dort nur von einem 2 Finger breiten Narbenring geredet, der den Magen bis zu einem nur mehr für 3 Finger durchgängigen Lumen zusammengeschnürt hatte. —

Dauerresultate liegen bei 5 dieser Patienten vor, von 1 Patientin leider nur 1 Nachuntersuchung aus dem Jahre 1906. 2 Patienten sind in der Klinik nachuntersucht worden, über 1 Patient haben wir einen genauen Bericht des behandelnden Arztes. Bei allen 5 Patienten ist seit der Operation Gewichtszunahme zu verzeichnen. 1 Patientin, deren Operation 11 Jahre zurückliegt, hat in dieser Zeit zwar 6 Pfund an Gewicht abgenommen, ist aber sonst bei völligem Wohlbefinden und erhaltener Arbeitsfähigkeit, sie ist magengesund. Bei 4 Patienten finden wir, daß das Erbrechen aufgehört hat, 1 Patient hat manchmal nüchtern Erbrechen von Galle und Schleim, und 2 andere Auftreten von Druckgefühl und Schmerzen, jedoch selten.

Bei einer der letzten Patientinnen ergab die Untersuchung ein Abflußhindernis der G. E. Man fühlte hier die geblähte, zuführende G. E.-Schlinge. Auch zeigte der Magen starke Retention. Ob ein peptisches Ulcus oder Adhäsionen den G. E.-Verschluß hervorgerufen hatten, konnte nicht festgestellt werden. Ein stenosierender, maligner Tumor lag aber aller Wahrscheinlichkeit nach nicht vor. Der Operationsbefund bei dieser Patientin hatte massenhafte Verwachsungen in der Umgebung ergeben zwischen Colon transversum, Ileum und Jejunum, ferner zwischen Colon lienale und Milz.

Die andere Patientin, die zur Nachuntersuchung bestellt war, zeigte ein gutes Aussehen; es bestanden Klagen über nüchternes Erbrechen galliger Massen und Schmerzen, die aber in den letzten Jahren abgenommen haben sollen. Der Magen dieser Patientinnen zeigte bei der Operation Abschnürung im Cardiateil. Auch hier war die G. E. a. a. gemacht worden im vorderen Teil des Magens. Bei dieser Patientin mußte die Frage offen gelassen werden, ob es sich um ein neues Ulcus handelte oder ob Adhäsionen die Beschwerden machten. Die Motilität des Magens war nicht behindert, im Gegenteil sogar beschleunigt. Patientin hat nach der Operation an Gewicht zugenommen und ohne wesentliche Magenstörungen nach der Operation eine Schwangerschaft durchgemacht.

Die Dauerresultate sind zur Hälfte gut, zur anderen Hälfte Heilerfolge von nicht gänzlicher Vollkommenheit.

V. Das frisch blutende Geschwür.

Unter den 163 Fällen benigner Magenerkrankungen finden wir 6 Fälle mit akuter heftiger Blutung, die zu operativem Eingreifen Veranlassung gaben, auf die Gesamtzahl aller Fälle mit Magenulcus bezogen sich 3,5 Proz. Auch in vielen anderen Fällen von Ulcus fanden sich Angaben über frühere mehr oder weniger heftige Blutungen. Wiederholt haben sie bei rascher Aufeinanderfolge durch den Zustand chronischer Anämie eine Operation geboten, während die Blutung als solche nicht lebensgefährlich war. Bei diesen 6 Fällen handelt es sich aber um Patienten, deren Leben durch die heftige Blutung im höchsten Maße bedroht erschien, nachdem medikamentöse Mittel erfolglos gewesen. Einige dieser Patienten wurden zur Operation als ultimum remedium aus der medizinischen Klinik geschickt.

Wir finden, daß in dem Zeitabschnitt von 1899—1907 4 Patienten, von 1908—1911 dagegen nur 2 operiert worden sind

wegen profuser Magenblutung, während die Zahl der sonstigen Magenoperationen wegen Ulcus ventriculi in dem zweiten Zeitraum von 1908—1911 beständig gestiegen ist gegenüber den in dem Zeitraum von 1899—1907 operierten Patienten. Die wegen profuser Magenblutungen gemachten Operationen haben sich also in den letzten Jahren sehr verringert. Diese Tatsache findet wohl darin ihre Erklärung, daß der Chirurg einerseits nicht mehr gerne an diese Fälle herangeht, da sie zumeist in zu schlechtem Zustand in seine Hände kommen, anderseits darin, daß die inneren Mediziner diese Fälle immer seltener während des akuten Anfalls von Blutung aus ihrer Behandlung geben.

Von diesen 6 Patienten gehören 5 in eine Gruppe, 1 Patient, der im Anschluß an eine Operation wegen Volvulus flexurae sigmoideae heftig blutete, ist in Grafs Arbeit[1]) besprochen worden. Unter den 6 Fällen mit profusen Magenblutungen befinden sich 2 Frauen und 4 Männer, welche innerhalb des 15.—32. Jahres erkrankt sind und zur Operation kamen. Das Lebensalter, innerhalb dessen die Patienten von schweren Blutungen betroffen werden, ist demnach auffallend niedrig. Von diesen 6 Patienten waren vor der Operation 1 über 20 Jahre, 1 über 6 Jahre und 1 über 2 Jahre magenleidend. 1 Patient war in den letzten Monaten bleichsüchtig aber ohne Magenbeschwerden, 1 Patient war seit 14 Tagen magenleidend, 1 Patient niemals. Die 3 Patienten, die schon jahrelang magenkrank waren, hatten alle schon einmal oder mehrmals Bluterbrechen gehabt, 1 Patient recht heftig. 1 Patient bekam, nachdem er wegen allgemeiner Schwäche (niemals Bluterbrechen) und starken Magenschmerzen zur Operation eingeliefert war, in der Klinik zum erstenmal starkes Bluterbrechen und wurde sofort operiert. Sämtliche Patienten waren vor der Operation sehr anämisch und elend, 5 hatten dauernde Blutungen zum Teil schon wochenlang. Der eine blutete, wie gesagt, nach vorausgegangener Operation wegen Volvulus flexurae sigmoideae. — Die Zahl der wegen profuser Magenulcusblutungen gemachten Operationen beträgt 6, und zwar:

Gastroenterostomia retr. post. mit Naht	in 2 Fällen mit 1 Mort.
Gastroenterostomia retr. post. mit Knopf	in 1 Fall
Jejunostomie	in 3 Fällen mit 3 Mort.

1) Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie Bd. 90, 1907.

Es überlebten somit nur ein Drittel der Gesamtzahl den operativen Eingriff. Der pathologische Befund, den der Operateur zu Gesicht bekam, war 1 mal ein an der Hinterwand des Magens mit der Leber verwachsenes, kallöses Ulcus, in einem anderen Fall Spuren von Perigastritis an der Hinterwand des Magens, und 1 mal derbe Adhäsionen zwischen Magen und Colon transversum. In allen 6 Fällen hat der Operateur nur 1 mal ein Ulcus gefunden, in 3 Fällen bot der Situs von Magen und Darm auch nicht die geringste pathologische Veränderung!

Die Sektionsbefunde ergaben 1 mal ein frisch überhäutetes Magenulcus mit offenem Gefäßlumen, 1 mal eine Narbe an der kleinen Kurvatur mit Auflockerung der Schleimhaut und kleinen hyperämischen Stellen in der Umgebung, 1 mal ein großes, flaches Ulcus der kleinen Kurvatur mit Durchbruch durch die hintere Magenwand in die Bauchhöhle, und 1 mal an der kleinen Kurvatur ein großes, chronisches Magenulcus mit Anlötung an die Leber, desgleichen an der Vorderwand nach der kleinen Kurvatur hin eine strahlige Narbe und ein großes Ulcus am Pylorus. An anderen Komplikationen ergab das Sektionsprotokoll bei allen 4 Fällen hochgradige Anämie, in einem Falle außerdem Endokarditis, 1mal fettige Degeneration des Herzens, 1 mal Lungengangrän und eitrige Pleuritis, 1 mal diffuse Peritonitis mit Miliartuberkulose der rechten Lunge.

In unseren Fällen finden wir bestätigt, daß gerade bei den schwersten Magenblutungen öfters kleine Geschwüre die Quelle abgeben, speziell Schleimhautulcera. Nach Payr sollen diese mehr oberflächlichen Ulcera mehr zu Blutungen neigen als alte kallöse und penetierende Ulcera. Gerade jene Ulcera sind aber am Magen, speziell wenn es sich bei ausgebluteten Patienten darum handelt, den Eingriff möglichst klein zu gestalten und rasch zu beenden, sehr schwer, häufig gar nicht zu finden. Damit ist dem Chirurgen auch die Möglichkeit, die Blutung direkt durch Excision des Ulcus bzw. durch Unterbindung des blutenden Gefäßes zu stillen, genommen. Das Manipulieren am Magen bei der Operation kann eine bereits eingetretene Thrombose der Gefäße wieder lösen, oder gar ein Ulcus zum Durchbruch bringen, wie es in 1 Falle geschehen zu sein scheint. Und so werden die Aussichten für den Patienten durch die Operation vielleicht eher verschlechtert als gebessert.

Die beiden angewandten Methoden der operativen Behand-

lung sind die G. E. und die Jejunostomie. Die erstere der beiden Operationsarten ist dreimal ausgeführt worden mit 1 Mortalitätsfall, die drei mit Jejunostomie behandelten Patienten sind alle gestorben. Demnach hat die G. E. in unseren Fällen eine bessere Heilprognose als die Jejunostomie, obwohl ein Fall gestorben ist. Dieser Patient starb aber erst nach 20 Tagen nicht infolge von Blutungen, sondern an einer Lungengangrän. Die mit Jejunostomie behandelten, allerdings verzweifelsten Fälle sind den Blutungen erlegen, und zwar in kürzester Zeit mit einer Ausnahme. Aber auch dieser Patient starb an Schwäche 8 Tage nach der Operation. In neuerer Zeit haben Mayer und Busch auch nach G. E. nicht stillstehende Ulcusblutungen beobachtet. Die Erfahrung mit der von v. Eiselsberg empfohlenen Jejunostomie zur größeren Sicherheit und Ruhelage bei blutendem Ulcus hat sich an der Kieler Klinik schlecht bewährt. Brodnitz hat nachgewiesen, daß durch die Jejunostomie keine absolute Ruhelage des Magens erzielt wird. Er weist nach, daß bei Nahrungsaufnahme durch die Fistel auch der Magen in geringem Grade sezerniert. Wenn die kleinen Schleimhautulcera mit den offenen Gefäßen durch Säureabscheidung des Magens an ihrer Heilung gehindert werden, so verliert die Jejunostomie ihren Hauptzweck. —

Von den beiden geretteten Patienten habe ich Nachricht: Der eine der beiden fühlt sich seit der Operation sehr wohl, er hat seitdem über 90 Pfund an Gewicht zugenommen; er berichtet über einen „ab und zu empfindlichen Magen". Blutungen sind seit der Operation nicht mehr aufgetreten. Es fand sich bei der Operation bei diesem Patienten an der Hinterwand zarte Perigastritis. Der andere Patient hatte an der Hinterwand des Magens ein hartrandiges, mit der Leber verwachsenes Ulcus. Patient ist nachuntersucht worden. Im Sommer dieses Jahres sind wieder heftige Blutungen aufgetreten. Der Befund der medizinischen Klinik lautet: Ständig Blut im Stuhl und Erbrochenen, nach PF. Gesamtazid. 69, freie Salzsäure 46, schmerzhafte Resistenz im rechten Hypogastrium. Typische Ulcusbeschwerden. Beiderseits Spitzenaffektion (T. b.) und Lungenemphysem. Der letzte Patient bietet ein schlechtes Dauerresultat.

Guter Erfolg der chirurgischen Behandlung

in 6 Fällen mit profusen Magenblutungen ist nur in 1 Falle zu verzeichnen.

VI. Das Ulcus perforatum.

Unter den Ulcusfällen, die vom Jahre 1899—1911 zur operativen Behandlung kamen, sind 22 Ulcera perforata, d. h. 13,5 Proz. der Gesamtzahl aller Ulcera. Die befallenen Patienten stammen alle aus Kiel selbst oder aus unmittelbarer Nähe von Kiel. Die Bemerkung Grafs verdient besonders hervorgehoben zu werden, daß von dem Gesamtmaterial aller Ulcusfälle etwa nur ein Drittel aus Kiel stammt, die Perforationsfälle aber sämtlich aus Kiel, daß also, wenn anders die Perforationsfälle im gleichen Verhältnis draußen in der Provinz eintreten, eine große Zahl von Patienten an den Folgen der Perforation zugrunde gehen wird. Eine genaue Prozentzahl, in welchem Zahlenverhältnis Ulcera perforata zu unkomplizierten Magenulcera stehen, läßt sich demnach nach unseren Fällen nicht angeben. Auch in der Literatur sind die Angaben sehr differierend. Greenough und Jöslin fanden 3,2 Proz., Pearce Gould 6,5 Proz., Berthold 8,5 Proz., Brinton 13 Proz., Musser und Warthon 7—18 Proz., Gerhard und Reymond 13 Proz., Musser 28 Proz., Stumpf 28,6 Proz. und Busch 25,8 Proz. Jedenfalls scheinen mir die zuletzt angegebenen Zahlen der Wahrheit näher zu kommen als so niedrige Prozentzahlen wie die von Greenough und Jöslin. —

Unter den 22 Patienten befinden sich 11 Männer und 11 Frauen. Die Krankheitssymptome der Patienten vor der Operation waren die des Choks oder der akuten Peritonitis.

5 der Patienten sind nach ihrer Angabe früher nie magenkrank gewesen und plötzlich von der Perforation überrascht worden. 5 Patienten sind schon 1—5 Jahre mehr oder weniger schwer magenleidend gewesen, 2 Patienten 5—10 Jahre lang, 4 Patienten 10—20 Jahre lang und 1 über 20 Jahre. Bei 4 Patienten, bei denen Jahresangaben nicht gemacht sind, finden wir die Bezeichnung: Schon viele Jahre magenkrank; 1 mal sind die Angaben unbestimmt. Die hervorstechendsten Symptome dieser Magenkrankheiten waren 3 mal Erbrechen, 7 mal Schmerzen in der Magengegend, 2 mal Schmerzen und Erbrechen, 1 mal Schmer-

zen mit Blutungen im Stuhl, 4 mal Schmerzen mit Bluterbrechen, 3 mal Blutungen ohne Schmerzen, und 1 mal sind die Angaben unbestimmt. Die Patienten stammen mit 2 Ausnahmen alle aus dem Arbeiterstand. Die Patientinnen sind zum Teil als Ehefrauen zum Teil als Dienstmädchen und 1 als Schulkind in den Krankengeschichten aufgeführt.

Unsere Patienten wurden meist im 20.—50. Lebensjahr von der Ulcusperforation betroffen. Vor dem 30. Jahr erkrankten 10, also ungefähr 46 Proz., nach dem 30. Jahr 54 Proz. Der Zeitraum, innerhalb dessen die Frauen erkranken, beginnt früher. — Die Zahl der Operationen beträgt 22.

Nur Versorgung der Perforation: (Naht oder Excision und Naht)	14	Fälle	7	Mortalität.
Versorgung der P. und G. E.	7	„	2	„
Versorgung der P. und Jejunostomie	1	„	1	„
	22	Fälle	10	Mortalität.

Nach der Operation wurde die Bauchhöhle reichlich mit warmer Kochsalzlösung ausgespült und meist mit Glasröhren drainiert.

Die Mortalität von 45 Proz. ist eine hohe. Sie hat sich aber wesentlich gebessert in den letzten Jahren. Von 1901—1907 wurden 12 Operationen mit 8 (66 Proz.), von 1908—1911 wurden 10 mit 3 Todesfällen gemacht (30 Proz.). Wenn die Zahlen auch klein sind, so ist eine Besserung doch nicht zu bestreiten. Herr Prof. Anschütz glaubte diesen Umstand hauptsächlich darauf zurückführen zu müssen, daß in den letzten Jahren außer der Versorgung des perforierten Geschwürs durch Naht oder Verlötung, fast immer die G. E. zur Entlastung des Magens hinzugefügt wurde, wo eine Behinderung des pylorischen Ausganges in Frage kam. Die G. E. fallen alle bis auf eine, die unglücklich verlief, in die 2. Periode, in der 6 ohne Todesfälle gemacht wurden. Andererseits ist ja bekannt, daß die Operationserfolge auch wesentlich von der Kürze der Zeit zwischen Perforation und Operation abhängen. Für die Fälle unserer 2. Periode trifft dieser Vorzug aber nicht zu, eher das Gegenteil!

Auf diese Tatsache, von welch ausschlaggebender Bedeutung für die Heilprognose ein frühzeitiges Operieren ist, finden wir in jeder Arbeit über Ulcusperforation hingewiesen. In unseren Fällen wurden:

innerhalb der ersten	12 Stdn. n. d. Perf.	10 Fälle op. u. 6 gerettet	= 60 Proz.
„ „ „	13—24 „ „ „ „	8 „ „ „ 4 „	= 50 „
„ „ „	48 „ „ „ „	1 „ „ „ 1 „	= 18 „
5 Tage nach der Perforation		1	
		Summe 20	11

Von 2 Patienten konnte der Zeitraum, der zwischen Perforation und Operation verstrichen war, nach den Anamnesen nicht festgestellt werden.

In der Literatur finden wir, daß die Mortalitätsziffer großen Schwankungen unterworfen ist. Eine sehr große Sammlung perforierter, operierter Magenulcera finden wir bei Bamberger. Er stellt 40,5 Proz. Gesamtmortalität fest. Dagegen 21 Proz. Mortalität in Fällen, die in den ersten 12 Stunden zur Operation kamen, 37 Proz. Mortalität bei Fällen, die innerhalb der ersten 24 Stunden operiert wurden, und 61 Proz. bei später als 24 Stunden nach der Perforation zur Operation gelangten Patienten.

Wenn bei uns diese Unterschiede im Erfolg nicht entsprechend hervortreten, so liegt das vielleicht daran, daß unter den innerhalb 12 Stunden Operierten nur 3 G.E. sind, welche alle gerettet wurden. Die Todesfälle betrafen alle Kranke aus der früheren Periode, wo meist nur die Naht gemacht wurde.

Eine Mortalitätsziffer, die ziemlich der unseren entspricht, finden wir in der Literatur verschiedentlich angegeben. Weier und Foote haben bei 78 Patienten eine Gesamtmortalität von 71 Proz., Kautz jun. II hat 73 Proz. Gesamtmortalität, Körte unter 18 Fällen nur 28 Proz. Mortalität, was sich wohl mit der Tatsache erklärt, daß seine Patienten fast alle innerhalb der ersten 22 Stunden operiert worden sind. Busch mit 31 Fällen 25,8 Proz.

Die Perforation saß

am Duodenum	2 mal	0 Todesfall
Pylorus	6 „	1 „
kl. Kurvatur	8 „	5 Todesfälle
übrigen Magen	6 „	4 „
	22 mal	10 Todesfälle.

5 mal war die Perforation in einem Ulcus callosum, 13 mal in einem Ulcus simplex, 3 mal in einer Ulcusnarbe, 1 mal sind die Angaben unbestimmt. Auffallend ist die geringe Anzahl von

5 Fällen von Ulcus callosum, die perforiert sind, gegenüber den höheren Zahlen von Ulcus simplex und Narben. Die Perforation eines Ulcus callosum in die freie Bauchhöhle tritt wohl wegen der vorher hervorgerufenen, entzündlichen Verwachsungen und Verklebungen relativ selten ein. Der Durchbruch in das freie Abdomen ist bei Ulcus simplex deshalb viel häufiger, da vor dem Durchbruch dieser Geschwürsart keine so ausgedehnten Verklebungen und Verwachsungen erfolgen. Aber ein Rückblick auf die Ausführungen über die zahlreichen Einbrüche von Ulcera callosa in andere Bauchorgane nach vorheriger fester Verwachsung läßt uns zu dem Schluß kommen, daß die Perforationsneigung beider Geschwürsarten die gleiche ist.

Die Perforationslumina variieren von Hirsekorngröße bis zur Weite einer Bohne, In 11 Fällen fand der Operateur Mageninhalt im Abdomen, 3 mal Mageninhalt und Gas, 1 mal Blut, in den übrigen Fällen eitriges oder serofibrinöses Exsudat. Von den überlebenden Patienten hatten 6 Mageninhalt, 1 Gas und Mageninhalt und 2 Patienten gallige, schleimige Flüssigkeit im Abdomen, nur 1 eitriges Exsudat im Bauchraum.

Auch die Sektionsbefunde seien mitgeteilt, da sie uns genauen Aufschluß geben können über 10 Fälle, die nach der Operation ad exitum gekommen sind. In diesen 10 Fällen wurden 8 mal multiple Magenulcera gefunden, bei 2 Fällen wurde nur das bei der Operation festgestellte Magenulcus gefunden. Unter den multiplen Ulcera fanden sich alle bekannten Formen wieder, das Ulcus simplex, das Ulcus callosum und Ulcusnarben. Eine ungewöhnlich hohe Prozentzahl von 80 Proz. der zur Sektion gelangten Patienten hatten multiple Ulcera. Für einen Teil der perforierten Magenulcera ist die Operation zwar eine momentan lebensrettende Aktion, sie kann aber leider den Patienten nicht vor einer neuen Perforation dauernd bewahren. Denn, schon wenn wir die Todesursachen betrachten, so sehen wir, daß bei 2 Patienten während der Rekonvaleszenz neue Perforationen den Tod herbeiführten. Bei 1 Patient wurde wegen Perforation eines zweiten Ulcus, und zwar im Duodenum, eine Relaparotomie gemacht mit Excision, ohne den Pat. mit diesem Eingriff retten zu können. Und wenn wir vorgreifen und die Dauerresultate be-

trachten, so finden wir darunter abermals einen Perforationsfall, obwohl das primär perforierte Ulcus bei der ersten Operation excidiert worden war. Die Patienten, welche sonst gestorben sind, kamen durch Peritonitis und nur 1 mal durch Pneumonie ad exitum.

Nun die Dauerresultate der die Operation überlebenden 11 Patienten. Die Tatsache scheint merkwürdig, daß sich unter den geretteten Patienten 8 Männer und nur 3 Frauen befinden gegen 11 Männer und 11 Frauen vor der Operation. Eine Erklärung finden wir darin, daß die Männer früher zur Operation gekommen sind. Die Zahl der geretteten Patienten beträgt 50 Proz. (Die Mortalität ebenfalls 50 Proz.) Unter den Komplikationen, die in der Folgezeit nach der Operation auftreten, ist besonders erneute Perforation zu erwähnen. Abgesehen von 2 Fällen, über die keine Auskunft zu erhalten war, erfahren wir, daß es 8 Patienten sehr gut geht, einem hingegen hat eine erneute Ulcusperforation 1 Jahr post op. den Tod gebracht. Von einem der Patienten, von dem keine Auskunft zu erhalten war, steht fest, daß er bis Juni 1912 ohne Armen- oder Krankenkassenunterstützung als Arbeiter in Kiel tätig gewesen ist.

VII. Zusammenfassung der 3 ersten Kapitel.

Wie schon in der Einleitung erwähnt, wollen wir jetzt die gefundenen Dauerresultate der ersten drei Abschnitte, Ulcus callosum, Ulcus simplex und Ulcusnarben als ein Ganzes betrachten.

Die folgende Tabelle zeigt uns noch einmal die in den einzelnen Abschnitten gefundenen Resultate.

Zahl der Fälle	Operative Mortalität	Dauerresultate gute	Dauerresultate schlechte	unbekannt
Ulcus callosum 47	5	27	10 + 5 F.[1])	
Ulcus simplex 39	4	21	7 + 1 F.	3
Ulcus-Narben 43 (19 N)[2])	2 (1 N.)	27 (17 N.)	13 (1 N.)	1 (0 N.)
Ulcus-Adhäsionen				
129	11	78	30 + 6 F.	4

1) F = Fehldiagnosen, Karzinome innerhalb 2 Jahren p. operationem.
2) N = Narbe.

Es ergibt sich für 129 Fälle eine operative Mortalität von 11 = 8 Proz.

Der Wert solcher Prozentualberechnungen ist ein recht bedingter, denn das Material, das ihnen zugrunde liegt, ist ein ungleichartiges. Bei einem noch nicht allzusehr heruntergekommenen Kranken in nicht zu hohem Alter sind die operativen Aussichten viel günstiger als 8 Proz.! Wir haben unter den Todesfällen 3 verzweifelte Fälle (2 ausgeblutete, 1 nach Salzsäurevergiftung zu spät operierter, erschöpfter Patient), 1 alten Apoplektiker, 1 Fall von Schrumpfniere, eine Frau von 70 Jahren. Schalteten wir diese aus, so würden wir ungefähr die Zahl bekommen, welche der Operationsgefahr beim „Normalkranken mit Magengeschwüren" entspricht: 123 Fälle mit 5 Todesfällen = 4 Proz. Unter diesen 5 Todesfällen hängen direkt mit der Operation 2 zusammen (1 Nahtnekrose nach Ulcusresektion, 1 Narkosentod). Die 3 übrigen sind als indirekte Folgen anzusehen (2 Pneumonie, 1 Herzschwäche).

Man kann hoffen, durch Verbesserung der Technik, durch Anwendung der Lokalanästhesie usw. eine Besserung der Mortalität zu erzielen. Ein Fortschritt ist auch in der Tat zu konstatieren, wenn man alle Fälle, die bis 1907 inkl. operiert sind, mit den späteren vergleicht: In der 1. Periode (bis 1907 inkl.) 8 Proz. Todesfälle, in der 2. (bis 1912 inkl.) 5 Proz.

Von den die Operation überlebenden 118 Patienten liegen 114 Dauerresultate vor, von denen 78 gute, 36 (30 und 6 F) schlechte Resultate zeigten. Wir halten es aber, wie oben schon ausführlich dargelegt, für richtiger und einheitlicher, diejenigen Fälle, welche bereits 2 Jahre post operat. an Carcinom zugrunde gingen, hier auszuschalten. Es sind 6 an der Zahl, 4 Proz. Fehldiagnosen, Verwechslungen mit ulcerierten Carcinomen! Wir hätten demnach 108 Dauerresultate mit 78 guten Erfolgen 72 Proz. und 30 Mißerfolge = 27 Proz.

Wenn wir die Zahlen anderer Statistiken aus jüngerer Zeit mit den unseren vergleichen, so finden wir bei Kreuzer (Krönlein) 85 Proz. befriedigende Resultate, bei Schulz (Hochenegg) 64 Proz. Heilerfolge. Moynihan hat unter 201 von ihm operierten Patienten mehr als 79 Proz. gute Resultate, W. Mayo sogar später 90 Proz. Heilerfolge. Kindl berichtet von den in der Schlofferschen Klinik operierten Patienten von 85 Proz. Heilerfolgen. Kocher hat bei 37 Patienten 80 Proz., Busch unter den in Kortes Klinik operierten Fällen 85 Proz. gute Resultate. Unter 83 in Wollfers Klinik operierten Patienten ergab die Nachuntersuchung durch Rubritius 86 Proz. guter Resultate. Rubritius findet keinen

Unterschied im G. E. effekt für die Geschwüre in der Pylorusregion und dem mittleren Teil des Magens. Key berichtet bei 128 Patienten von 77 Proz. Heilresultaten. Er fand die günstigsten Resultate durch G. E. bei Pylorusstenose und wahrscheinlich ausgeheiltem Ulcus am Pylorusteil des Magens.

Unter den neueren Arbeiten sind besonders die Ergebnisse der Arbeiten von Clairmont, Petrèn und H. Hoffmann zu erwähnen. Clairmont war es, der als erster ausdrücklich Die Unterschiede der G. E.-Erfolge bei Ulcus des Pylorus und der kleinen Kurvatur betont hat. Er findet bei einem Gesamtresultat von 67 Proz. Heilungen: Bei Ulcus duodeni 72 Proz., bei Ulcus pylori 62 Proz., hingegen bei Ulcus entfernt vom Pylorus nur 47 Proz. Petrèn hat diese Beobachtung nicht bestätigt. Er fand bei den Fällen mit Ulcussitz am Pylorus 58 Proz. Heilungen und 21 Proz. mit leichten Beschwerden, gegenüber den Fällen mit Ulcussitz am übrigen Magen mit 48 Proz. Heilungen und 32 Proz. mit leichten Beschwerden. H. Hoffmann (Hamburg-Eppendorf) unterscheidet folgendermaßen seine Fälle: Ulcus pylori mit 86 Proz., Ulcus corp. ventr. mit 62 Proz., Pylorusnarben mit 94 Proz. gutem Erfolge. Auch er findet die besten Resultate bei Pylorusaffektionen, wie Clairmont.

Treffen auch bei uns die Schlüsse, die Clairmont aus seinem Material gezogen hat, zu?

In einigen Fällen war es nicht möglich aus den Krankengeschichten die Lokalisation des Ulcus festzustellen. Wir haben ferner die operativen Todesfälle, die Fehldiagnosen und die verschollenen Kranken nicht mitgerechnet. Dann schrumpft das Material etwas zusammen, aber es gestattet, die gestellte Frage sicherer zu beantworten.

Der Erfolg der G. E. war bei Sitz des Prozesses:

Am Pylorus: in 64 Fällen $\underbrace{35 \text{ sehr gut}, 18 \text{ gut}}_{53 = 82 \text{ Proz.}}$, 4 schlecht, 7 sehr schlecht

Fern vom Pylorus: in 29 Fällen $\underbrace{8 \text{ sehr gut}, 6 \text{ gut}}_{14 = 48 \text{ Proz.}}$, 2 schlecht, 13 sehr schlecht

Oder fassen wir die 4 Gruppen in 2 zusammen, so ergeben sich 82 Proz. gute Resultate, bei pylorischem Sitz des Ulcus, 48 Proz. bei nicht pylorischem. Daß die Pylorusnarben schöne Erfolge bei G. E. geben, besprachen wir

oben schon. Wir fanden zufällig die gleiche Zahl, wie H. Hoffmann, 94 Proz.

Auf die 3 Geschwürsgruppen verteilen sich die Resultate wie folgt:

	Sitz am Pylorus:					Fern vom Pylorus:				
		I	II	III	IV		I	II	III	IV
Ulcus callosum	14	12	2	0	0	13	2	4	0	7
Ulcus simplex	22	12	5	2	3	6	3	1	0	2
Ulcus-Narben Ulcus-Adhäsionen . . .	28	11	11	2	4	10	3	1	2	4
	64	35	18	4	7	29	8	6	2	13
		53 = 82 %					14 = 48 %			

Es fällt auf, wie gut bei Ulcus callos. des Pylorus die Heilwirkung der G. E. ist. Hier übertraf an unseren allerdings kleinen Zahlen der Erfolg ganz und gar unsere Erwartungen! Bei Ulcus simplex und den Narben und Adhasionsfallen war der Erfolg der G. E. auch bei pylorischem Sitz des Ulcus keineswegs so sicher. Darin zeigt sich eine Übereinstimmung der Gruppe II und III, die, wie ja oben ausdrücklich hervorgehoben, bezüglich perigastritischer und adhäsiver Prozesse ineinander übergreifen. Ihre Abtrennung wurde von uns a priori als eine künstliche bezeichnet. Der Verlauf der Fälle zeigt in beiden Gruppen manche Analogien, die offenbar auf Neigung zu Schrumpfungen der G. E., auf Adhasionsbildung, Ulcus pepticum jejuni beruhen. Vergl das darüber in den einzelnen Kapiteln Gesagte.

Wir stimmen also in unseren Beobachtungen mit denen von Clairmont durchaus überein. Er hat sich durch seine Forschungen ein großes Verdienst um die G. E.frage bei Magenulcus erworben.

Nachdem die Beziehungen zwischen dem Sitz des Ulcus und den Dauerresultaten besprochen sind, wollen wir noch auf unsre Erfahrungen mit den hauptsächlichsten Operationsmethoden eingehen.

Bei der folgenden Mortalitätsstatistik wurden alle G. E., Excisionen und Resektionen gezählt, auch die bei Relaparotomien bei uns ausgeführten, wodurch die Zahlen gewachsen sind.

	G. E. retr. post. mit Naht	G. E. retr. post. m. Kn.	G. E. a. a. m. N.
B. Ulcus callosum	26 mal 1 Todesfall	7 mal 1 Todesfall	2 mal 1 Todesfall
Ulcus simplex	18 „ 1 „	16 „ 3 „	2 „ 0 „
Ulcus-Narben	29 „ 1 „	15 „ 0 „	2 „ 0 „
	Summe: 73 mal 3 Todesfälle	38 mal 4 Todesfälle	6 mal 1 Todesfall

Die Statistik führt im ganzen 117 G. E. mit 8 Todesfällen = 6 Proz.

Es fällt die hohe Mortalität der Knopfanastomosen auf: 10 Proz. gegen 4 Proz. bei Naht. Es wäre aber ungerecht, sie auf die Methode als solche beziehen zu wollen — der Knopf wurde manchesmal bei besonders gefährdeten Fällen angewendet, um die Operation abzukürzen. Darin liegt zweifellos sein Vorteil. Herr Professor Anschütz ist keineswegs ein prinzipieller Gegner des Murphyknopfes, — es wird zwar seit 1908 die Naht bevorzugt, aber bei Fällen, die besondere Schnelligkeit erfordern, gern der Knopf angewendet. Was die prozentuale Todesziffer der G. E. r. p. mit Naht, der anerkannten Normalmethode, betrifft, 4 Proz., so gilt von ihr das gleiche, was anfangs von der operativen Mortalität überhaupt gesagt wurde.

	Excision	Resektion + G. E.
Bei Ulcus callosum	6 mal mit 1 Todesfall	3 mal mit 0 Todesfall
„ „ simplex	1 „ „ 0 „	2 „ „ 0 „
„ „ Narben	0 „ „ 0 „	1 „ „ 1 „
	7 Fälle 1 Todesfall	6 Fälle 1 Todesfall

Bei 13 Radikaloperationen finden wir 2 Todesfälle, 15 Proz.. Die Mortalität der radikalen Operationen ist in unseren Fällen erheblich höher, als die der palliativen Operationen; die Zahlen sind aber zu klein, um nach ihnen urteilen zu dürfen und einige schlechte Fälle liegen zu weit zurück.

Wie steht es nun mit den Dauerresultaten der einzelnen Operationsmethoden?

Bei den Fällen mit G. E. retr. post. mit Naht haben wir 61 Dauerresultate, davon fallen noch 4 fort, da sichere Carcinome schon bei der Operation. 40 Resultate sind gute = 70 Proz., 17 schlechte = 30 Proz.

Die Fälle mit G.E. retr. post. mit Knopf haben insgesamt bei 33 Dauerresultaten 25 gute = 76 Proz. und 8 schlechte = 24 Proz.

Die G. E. a. a. hatte nach unseren Aufstellungen schlechte Resultate, sowohl was die operative Mortalität, als was die Dauererfolge betrifft. Doch liegt das in erster Linie wohl daran, daß man sie nur für besonders schwierige Fälle mit Verwachsungen wählte. In der Kieler Klinik werden alle Methoden der Magenvereinigung ausgeführt. Jede Methode hat ihre Vorzüge und Nachteile, die gegeneinander im einzelnen Falle abzuwägen sind.

Die Fälle mit Excision, bzw. Resektion mit G.E. haben 4 mal gute = 66 Proz. und 2 mal schlechte = 34 Proz. Dauerresultate. (Auch hier ist ein Fall von Carcinom, eine Fehldiagnose, bei der Operation weggelassen. Die 6 Excisionen — auch hier fällt eine Ca.-Fehldiagnose weg! — haben 5 gute Resultate = 84 Proz. und ein schlechtes Resultat = 16,4 Proz.

Schlüsse, welchen Operationsarten, den palliativen oder den radikalen, auf Grund der gefundenen Dauerresultate der Vorzug zu geben ist, wage ich nicht zu ziehen, da auf der einen Seite eine große Anzahl von Fällen steht, bei denen ein Fall prozentual nicht sehr in die Wagschale fällt, auf der anderen Seite kleine Zahlen mit großem prozentualen Gewicht. Die höhere Mortalität der radikalen Operation ist ja zu erwarten — sie kann sinken, wird aber stets die der G. E. übertreffen. Die Dauerresultate, 75 Proz., sind erfreulich. Es sei noch erwähnt, daß bei Ulcera des Magenkörpers auch in unserer Klinik die radikale Operation in letzter Zeit mehr und mehr geübt wird.

Sind nun die gefundenen Resultate wirklich Dauerresultate? Von mancher Seite aus ist den chirurgischen Statistiken über Dauerresultate operierter Magenulcera der Vorwurf gemacht worden, daß zwischen der Operation und der Nachuntersuchung in vielen Fällen ein viel zu kurzer Zeitraum liege, daß bei einer ganzen Reihe von Fällen später noch eine Verschlechterung in dem Magenzustand einträte. Sicher stellen die Dauerresultate von Fällen, die schon vor längerer Zeit operiert worden sind, ein viel wertvolleres, statistisches Material dar, als die von Fällen aus jüngerer Zeit. Die Eventualität des Auftretens neuer Ulcusbeschwerden oder gar des Auftretens

von Magenkrebs ist bei längerer Beobachtungsdauer auch eine größere.

Wir sind nun wie wenige chirurgische Statistiker in der Lage, in einer Anzahl von Fällen bereits genaue Nachuntersuchungen durch Graf aus dem Jahre 1906 in Händen zu haben. Bieten die Fälle, die wir aus Grafs Arbeit übernommen haben, heute noch dasselbe Resultat wie 1906? Wir können zum Vergleich auch die gemeinsamen Fälle aus den Gruppen des Sanduhrmagens, des frisch blutenden Geschwüres und des Ulcus perforatum heranziehen und die gefundenen Resultate von 1906 und 1912 vergleichen.

Wir haben in der Gruppe des Ulcus callosum 13 Fälle mit Graf gemeinsam. 3 Fälle von diesen sind bereits vor 1906 gestorben. Diese Fälle fallen also fort. Wir finden bei den übrigen 10 Patienten 8 mal mit Graf übereinstimmende Resultate. 2 mal sahen wir eine Verschlechterung eintreten. Diese 2 Fälle stammen aber aus dem Jahre 1905! Zwischen Operation und Nachuntersuchung durch Graf liegt also nur knapp 1 Jahr. — In der Gruppe Ulcus simplex finden wir 17 Patienten bereits in Grafs Arbeit erwähnt. Abzüglich von 7 vor dem Jahre 1906 gestorbenen Patienten, finden wir in 9 Fällen ein gleiches Resultat, in 1 Fall, der allerdings aus dem Jahre 1902 stammt, eine Verschlechterung. — Bei der Gruppe Ulcusnarben haben wir 25 Patienten von Graf übernommen. Unter den gemeinsamen Resultaten — 4 Fälle fallen auch hier aus — finden wir 13 gleiche, 4 bessere und 4 schlechtere Fälle. Die 4 schlechten Fälle stammen aus den Jahren 1900—1903. — Unter der Gruppe des Sanduhrmagens haben wir 3 gemeinsame Fälle, von denen 2 das gleiche Resultat, 1 sogar ein besseres Resultat wie 1906 bieten. — Schließlich bei der Gruppe des Ulcus perforatum scheiden infolge Operationstodes 5 Fälle aus. Von 3 überlebenden Patienten zeigen 2 das gleiche gute Resultat wie 1906, 1 Patient — dieser war Ende 1905 operiert und 1906 nachuntersucht — starb 1906 an einer neuen Perforation.

Wir kommen nach diesen Betrachtungen zu dem Resultat, daß bei 48 mit Graf gemeinsamen Untersuchungen 35 Patienten das gleiche, 5 ein besseres, 8 ein schlechteres Resultat bieten als 1906. 8 Patienten

= 17 Proz. der gemeinsamen Resultate zeigen Verschlechterung. 3 von diesen schlechten Resultaten sind aber erst 1 Jahr vor Grafs Untersuchungen operiert worden und zeigen schon nach $1^1/_2$ Jahren post operat. beginnende Verschlechterung des Gesundheitszustandes. Lägen die Untersuchungen Grafs bei diesen Fällen nur um $^1/_2$ Jahr später, so würden sich diese Fälle auch ihm als schlechte präsentiert haben und sein Resultat mit unserem Untersuchungsresultat übereinstimmen. Bei den anderen 5 Resultaten liegt allerdings zwischen Operation und 1. Nachuntersuchung ein Mindestzeitzwischenraum von 3 Jahren. Bei einer Beobachtungsdauer von $1^1/_2$—2 Jahren post operat. beobachten wir gegen 80 Proz. unveränderte Resultate auch in späteren Jahren. Hingegen zeigen je 10 Proz. der Gesamtzahl Neigung zur Verschlechterung und 10 Proz. Neigung zur Besserung. Um diesen Schwankungen der Statistik zu entgehen, müssen wir einen Mindestzeitraum von $1^1/_2$—2 Jahren zwischen Operation und Nachuntersuchung verlangen. Am wenigsten ist bezüglich der Dauerresultate gewissen Fällen der 3. Gruppe den Adhäsionsfällen, zu trauen; sie bieten manchmal auch noch nach längerer Zeit unliebsame Veränderungen.

Eine Frage, über die in letzter Zeit viel gestritten worden ist, bleibt nun noch zu behandeln. In wieviel Fällen entwickelt sich auf dem Boden eines Ulcus ein Carcinom?

In den einzelnen Abschnitten haben wir schon bei Besprechung der Dauerresultate die Carcinomfrage gestreift.

Unter der Gruppe Ulcus callosum fanden wir 6 Fälle. Die Fälle I 21 und I 27 kamen 1 Jahr nach der Operation an Magen und Leberkrebs ad exitum. Bei letzterem hatte man bei der Operation schon Carcinomverdacht geschöpft. Fall I 30 kam 2 Jahre post op. in die Klinik als Ca. inoperabile zurück und starb 14 Tage nach seiner Entlassung aus der Klinik. Die beiden Fälle I 38 (Ulcusresektion) und I 47 boten schon 1 Jahr nach der Operation bei der Nachuntersuchung das Bild eines Carcinoms. Schließlich ist noch ein Fall vorhanden, diagnostisch unklar, aber immerhin carcinomverdächtig. Der Patient I 12 starb 7 Jahre post op. an einer stenosierenden Krankheit (Bericht des Arztes.)

Bei der Gruppe mit Ulcus simplex kommen nur 2 Fälle in

Frage. Bei dem einen Patienten II 4 wurde 4 Jahre später, bei einer 2. Operation auf der früher wegen Ulcus pylori schon angelegten G. E.-Öffnung ein Carcinom gefunden. Der Pylorus zeigte keine Tumorbildung, das frühere Geschwür war ausgeheilt. Hier wurde der mikroskopische Nachweis eines Carcinoms erbracht. Bei II 37 wurde 1 Jahr nach der Ulcusexcision die Kachexie derartig, daß an einen Transport in die Klinik nicht mehr zu denken war. Der Arzt nimmt wohl mit Recht ein Carcinoma ventriculi an. Auch dieser Fall war bereits bei der Operation ein Carcinom.

Unter den nachuntersuchten Fällen mit Ulcusnarben finden wir einen Fall III 16, der an Leber und Darmkrebs 7 Jahre post op. (G. E.), die wegen starker narbiger Veränderung des Pylorus angelegt worden war, ad exitum gekommen ist. Dieser Fall ist unklar, aber vielleicht als Ulcuscarcinom anzusehen, wenngleich der behandelnde Arzt von einer Nichtmitbeteiligung des Magens berichtet hat.

Es handelt sich für uns nun darum, auf möglichst einwandfreie Weise zu entscheiden, ob auf dem Boden der bei der Operation gefundenen Ulcera Carcinome entstanden sind und wie viele ungefähr? Für die 5 Fälle von Ulcus callosum und für das Ulcus simplex II 37, die schon 1—2 Jahre nach der Operation ein ausgebildetes Carcinom zeigen, muß angenommen werden, daß schon bei der Operation ein Carcinom vorhanden war, das fälschlich als Ulcus diagnostiziert wurde. Ob diese bei der Operation bereits bestehenden Carcinome „genuine" waren oder sich auf der Basis eines früheren Ulcus entwickelt hatten, ist eine zweite und schwer zu entscheidende Frage.

Wir wollen auf diese Frage hier nicht näher eingehen! Zu ihrer Lösung kann man die Anamnese und den Salzsäurebefund heranziehen. Es ist Ansichtssache, ob man jede lange Magenanamnese eo ipso als Ulcusanamnese und freie HCl bei Carcinom als pathognostisch für dessen Ulcusgenese ansehen will. Wir sind anderer Ansicht; sogar Angabe früherer Magenblutung spricht nicht mit voller Sicherheit für Ulcuscarcinom. Was unsere 6 Fälle sicherer Carcinome, die bei der Operation schon bestanden, betrifft, so kommt bei 2 Fällen, I 21 und I 27, weder nach Anamnese, noch nach klinischem Befund ein früheres Magengeschwür in Frage. Bei den anderen Fällen möchte man sie eher bejahen. Ganz gewiß entsteht eine Anzahl der Magenkrebse — eine relativ kleine — auf Geschwürsboden, dafür haben auch wir in unserem Material pathologisch-anatomisch einwandfreie Fälle. Aber die Kieler chirurgische Klinik steht auf dem Standpunkte, daß auch andere Krankheiten als das Ulcus, lange Magenanamnesen machen, daß auch Carcinome, bei denen mikroskopisch die Ulcusgenese ausgeschlossen werden konnte,

als sog. typische Ulcuscarcinome klinisch auftreten können. Nach Konjetznys[1] exakten Untersuchungen unseres Resektionsmaterials gewinnen die auch von anderen Autoren (Nauwerk, Lubarsch, Versé) schon betonten Beziehungen zwischen Magenkrebs und chronischer Gastritis immer größere Bedeutung. Die Lehre, daß das Carcinoma ventriculi mit Vorliebe im gesunden Magen entstehe, muß danach verlassen werden, und lange Magenanamnesen dürfen nicht mehr ohne weiteres als pathognostisch für Ulcusgenese angesehen werden. Dasselbe gilt nach Matti und Knut Fabers klinischen Untersuchungen von der Beurteilung der freien Salzsäure bei Carcinoma ventriculi.

Wir haben demnach die besprochenen Fälle in verschiedene Gruppen zu scheiden:

A. Sichere Carcinome, die bei der Operation schon bestanden (Fehldiagnosen).

6 Fälle: I 24, 21, 30, 38, 47, II 37.

B. Sichere Carcinome, die sich erst nach der Operation später entwickelt haben.

Auf Ulcusboden kein Fall. — Auf G.E.öffnung 1 Fall: II 4.

C. Verdacht auf Carcinom auf Ulcusboden.

2 Fälle: I 12, III 16.

Wir sehen hier, daß ein Ulcus, welches bei der Operation nicht schon carcinomatös ist, außerordentlich selten es später einmal wird. Gruppe B. und C. haben zusammen nur 3 Fälle, wovon der eine einen ganz seltenen Befund darstellt, Carcinom auf G.E.öffnung, und die beiden anderen als Carcinome nicht sicher bewiesen sind!

Dagegen sehen wir, daß Carcinom und Ulcus öfter miteinander verwechselt worden sind.

Unter 113 Fällen von Magengeschwüren, welche die Operation überstanden, zeigten 9 im Laufe der späteren Beobachtung, rund 8 Proz., Carcinom. Rechnen wir schließlich auch noch die 11 in der Klinik gestorbenen sezierten Patienten hinzu, bei denen der Obduzent 2 mal, I 39 und II 26 nach makroskopischer unserer Meinung nach unzureichender Beurteilung — einen

1) Konjetzny, Über die Beziehungen der chronischen Gastritis mit ihren Folgeerscheinungen und des chronischen Magengeschwürs zur Entwicklung des Magenkrebses. Bruns Beiträge. Bd. 85. 1913.

Ulcuscarcinomverdacht aussprach, so erhalten wir unter 124 Fällen 11, rund 9 Proz., mit Ulcuscarcinommöglichkeit. Gehen wir noch einen Schritt weiter, um die praktisch so ungeheuer wichtige Frage der Ulcusgenese des Magenkrebses nicht zu optimistisch zu beurteilen und ja nicht zu tief einzuschätzen und zählen wir noch zwei Fälle unbegründeten Carcinomverdachtes I 4 und III 41 als positive hinzu, so kommen wir immer noch nicht an 10 Proz. heran. Aber nur 2 oder 3 Fälle von den überlebenden 113 Fällen = 1,7 Proz. bzw. 2,6 Proz. könnte man als eigentliche Carcinomdegeneration eines bei der Operation bestehenden, nicht malignen Ulcus ventriculi bezeichnen.

Wie verteilen sich die besprochenen Fälle auf die einzelnen Geschwürsarten?

Am stärksten ist beim Ulcus callosum das Carcinom vertreten; in fast 12 Proz. wurden Fehldiagnosen gestellt, aber nur in 1 Falle, 2,3 Proz., trat später Verdacht auf Carcinomdegeneration ein. Das Ulcus simplex wurde in 3 Proz. der Fälle falsch diagnostiziert. Diese und die Narben zeigten späterhin Carcinomdegeneration in 2,5 Proz. Also für die verschiedenen Ulcusformen fast die gleichen Ziffern!

Unsere Zahlen sind klein, aber sie stimmen mit denen von Kassner überein, die sich bei seiner Statistik über die Häufigkeit des Ulcuscarcinoms an der Hand der Literatur seit 1900 (I.-D. Kiel 1913) ergaben.

Kassner fand

bei 154 Ulcera callosa höchstens 11 Proz. Carcinome,
bei 15 Ulcera simplex höchstens 6 Proz. Carcinome,
bei 260 Ulcusnarben höchstens 4,6 Proz. Carcinome.

Insgesamt also bei 429 Fällen etwa 7 Proz. Carcinome.

Ermittelte er aber die Carcinomziffer der länger als 2 Jahre beobachteten Fälle, so fand er bei 264 Fällen höchstens 9 = 3,4 Proz. Carcinome und sichere Carcinome nur 3mal = 1,1 Proz. Auf unsre 113 Fälle berechnet, kamen höchstens 3 Krebsfälle = 2,6 Proz., sichere Fälle aber nur 2 = 1,7 Proz.

Es drängt sich die Frage auf, ob ein Material, das aus operierten Magengeschwüren besteht, überhaupt geeignet ist, die

Frage des Ulcuscarcinoms theoretisch und praktisch zu entscheiden.

Man könnte einwenden, daß infolge der Operation der späteren Carcinomdegeneration des Ulcus vorgebeugt wird, — das mag vielleicht für einen Teil der Fälle zutreffen, bei denen das Ulcus schnell abheilt. Aber erstens können auch auf Ulcusnarben noch Carcinome entstehen, das ist unbestritten, und zweitens findet sich in jeder Statistik eine Anzahl von operierten, nicht heilenden Magengeschwüren. Sie schwankt in den einzelnen Statistiken zwischen 20 und 40 Proz., bei uns sind es 22 Proc. An diesen traurigen, auch nach chirurgischer Behandlung ungeheilten Resten müßte es sich nach Prof. Anschütz Meinung deutlich zeigen, wenn das Ulcus ventriculi in erheblichem Prozentsatz zur Carcinomdegeneration neigte, deutlicher als es nach der genauen Prüfung der chirurgischen Ulcusstatistiken der Fall ist.

Praktisch könnte man sich gegen spätere Carcinomdegeneration der Ulcera nur dadurch schützen, daß man alle ohne Auswahl radikal operierte. Dadurch würde man aber die Statistik ungünstiger beeinflussen, als sie durch die tatsächliche Gefahr der Carcinomentwicklung ziffernmäßig belastet wird. Aber man wäre bei der bekannten Multiplizität der Magenulcera gegen diese Gefahr auch noch nicht ganz geschützt. Ausdrücklich sei bemerkt, daß damit nicht etwa die Resektionsfrage für uns erledigt ist. Sie besteht aus anderen Gründen zu Recht, wie oben erwähnt.

Aus alledem kann man wichtige Schlüsse für die Prognose und die Behandlung des chronischen Magengeschwürs ziehen, speziell für das Ulcus callosum. Man muß mit 10—12 Proz. **Fehldiagnosen rechnen gegenüber dem Carcinoma ulceratum** und tut gut, bei irgend begründetem Verdacht das Geschwür radikal zu operieren. Und zwar deshalb, weil es öfter schon ein Carcinom ist, nicht, weil es mal später eins wird. Diese Gefahr ist ziemlich gering (2—3 Proz.) einzuschätzen. Die von Küttner 43 Proc. und Payr 26 Proc. gefundenen Zahlen für die Fehldiagnosen erscheinen uns zu hoch. Wie es allerdings nach der Resektion des ulcerierten Carcinoms bzw. des Ulcus carcinomatosum mit den Rezidiven werden wird, sieht nach

unserer geringen Erfahrung nicht günstig aus. 2 resezierte Fälle (I 38, II 37) sind innerhalb Jahresfrist rezidiviert. Man kann sich auch denken, daß die Exstirpation dieser verwachsenen Tumoren, wenn sie Carcinome sind, sehr schlechte Prognose geben muß. Kassner stellte fest, daß fast alle späteren Carcinome bei Pylorusulcus auftreten, bei uns ebenfalls in sämtlichen Fällen.

Wir können zum Schluß der Abhandlung sagen, daß durch die Möglichkeit und Häufigkeit der Fehldiagnose die Prognose des einzelnen Falles bei weitem mehr getrübt wird, als durch die Wahrscheinlichkeit einer sekundären Krebsentwicklung auf dem Geschwür.

Krankengeschichten.

Ulcus callosum.

Nr. 1. J.-N. 1515/1899. Marie D., Zimmermfr., Kiel. 9. XI. bis 9. XII. 1899. S. Kindh. leidend. Erbr., Schm. Salzs. + + Milchs. —, Op.: M. kl. Kurv. stark adhärent, Tumor, Drüsenschw. Wegen schwerer Bewegl. G. a. a. m. K.. 20. XI. 1900 Arztbericht: Zeitweilig Magenschm., Übelsein, Erbr. Tumor l. v. d. Mittell., gänseeigr.. 1904 Wiederaufnahme: 2 J. p. op. wohl, dann wieder Schm., seit 4 Wochen wiederum Erbr. — Grazil, mager. Gr. Kurv. in Nabelhöhe, Salzs. +, G. Ac. 42; Mot. gut; 87 Pfd. Jejunostomie vorgeschlagen u. abgelehnt. 1906 Vorstellg.: gut Bef.. Keine Druckempf. d. Abd.. Arztbericht 1912: Dauernd voluminöses Erbr., Abflußhindernis d. G. E. durch neues Ulc.? Im Magensaft normale Säureverhältnisse b. reichl. Anwesenheit v. Galle. IV.

Nr. 2. J.-N. 853/1900. Frl. Kath. G., 40 J., Landm.tochter, Glindesmoor. 12. XI.—16. X. 1900. Vor 20 J. Bluterbr., Aufst., viel Erbr., Abmag., Gew. von 109 auf 74 Pfd. — Magen drei Querfg. u. d. Nabel. I. Pyl.gegend gr., m. Atmg. verschiebl. Tumor. Op.: Faustgr., m. Leber verwachs. Tumor. G. E. r. p. Knopf. Am 5. Tage mehrfach Erbr., sonst H. o. B.. Bei Entl. 4 Pfd. Gew.zunahme, Vorstng. 1906: völlig schm.frei, leistet Hausarbeit. 101 Pfd., kein Tumor fühlbar. Mot. etw. verlangsamt. II. Ber. 1912. Selten morgens saures Erbr. nüchtern. Seit Op. keine Magenbeschw. II.

Nr. 3. J.-N. 1505/1900. Kath. S., Arbfr., Hofwittenberg. 12. II. bis 13. III. 1900. Ulc. call. d. kl. Kurv., Gastroptose. Gastroplicatio et Pexis. Vor 2 J. w. Magenleiden in medic. Kl.. Aufgebläht kl. Kurv. etw. über Nabel, gr. Kurv. 5 Querfg. u. Nabel. P. F. Salzs. + +, Mot.

gut. Op.: An kl. Kurv., walnußgr., harte Res., umgeben v. Drüsen, verw. m. d. Wirbelsäule. Entfernung nicht möglich. Pyl. frei. — Faltg. u. Fixierung d. vord. Mgwand durch zwei Nähte a. d. Bauchwand. Vorstellung 1905: 109 Pfd.. Gesund und kräftig aussehend, kein Tumor, keine Druckempfkt.. II. Bericht 1912: Leichte Beschw.. Ab u. zu Erbr. v. Schleim nach d. Essen. Bei leichter Diät völlig arbeitsfähig. II.

Nr. 4. J.-N. 1523/1900. Heinrich M., 44 Jahre, Kiel. 18. VI. bis 30. VII. 1901. Seit 20 J. magenleidend. Erbrechen, motorische Funktion beeinträchtigt. Salzs. - , Milchs. - . Magen 3 Querfinger br. unter d. Nabel, r. d. Nabels Druck. Op.: am verengten Pyl. unregelm., derbes Ulcus. Wegen Krebsverdacht Res. nach Billroth II. Vorstellung 1906: gutes Wohlbefinden. 1912, nach 10jähriger völliger Arbeitsfähigkeit, Wiederauftreten heftiger Schmerzen und Erbrechen. Aufn. in die Klinik Sommer 1912. Keine freie HCl., nie Blut im Stuhl. Entlassung mit 6 Pfd. Gewichtszunahme. Röntgenbild ohne Bef., keine Retention. IV. Nov. 1913 gutes Befinden (vergl. Text S. 11).

Nr. 5. J.-N. 101/1901. Hein. H., 36 J., Arb., Flensburg. 11. III. bis 6. V. 1901. Ulc. call. pyl.. Resectio pyl.. G. E. r. p. m. K.. Seit 12 J. period. Koliken i. d. Magen- u. Lebergegend. Häufig Erbr., angebl. Gelbsucht: — R. oberhalb d. Nabels deutl. faßbare Res.. Op.: Gallenblase stark verw., keine Steine. A. d. m. d. Leber verwachsenen Pyl. taubeneigr., derber Tumor. Ca. Verdacht Resektion. Pf. Salzs. —. Nach d. Op. Invalidisierung. Sommer 1906. Gesundes Aussehen, 120 Pfd.; Klagt über Schwäche u. Erbr. II. Bericht 1912: Gewichtszunahme. 122 Pfd.. Nachlassen der Beschw., b. leichter Diät beschw.frei. II.

Nr. 6. J.-N. 1062/1901. Hein. B., 43 Jahre, Landm., Klempen. Ulc. pyl., Stenose; Ektasie, G. E. r. p. m. K.. 17. X.—20. XI. 1901. Seit 6 bis 7 J. Schm., volum. Erbr., Op.: Zahlr. Verw., a.d.Vorderfl. d. Pars. pyl., kl. Tumor, G. E. r. p. m. K. 1906: Voll arbeitsfähig, kann alle Speisen essen, Gewichtszunahme. 126 Pfd.. Ges. Ac. 12. Galle : . I. 1912: 140 Pfd., völlig gesund, voll arbeitsfähig, I.

Nr. 7. J.-N. 1610/1903. Friederike Schr., 46 J., Arbeiterfr., Gaarden. Seit d. 15. Lebensj. Magengeschwure m. Blutungen, mehrfach int. Behandlung. Seit 1 J. stark. Aufst., Sodbr. u. Erbr., starke Gewabnahme. 99 Pfd. Grobe mot. Störung., Ges. Ac.: 35. Salzs. - . Abgem. Fr., m. schlaffem Abd u. Magengr. 6 — 7 cm u. d. Nabels. l. d. Pylgegend deutl. druckempfindl. Res., desgl. a. Unterrand d. l. Leberlappens. Op: Magen stark dil., gr. Tumor i. d. Pars pyl. u. a. d. kl. Kurv., Drusen i. Mesenterium, geringer Aszites. Diag.: Ca. inop.. G. E. r. p. m. K., H. o. Z.. Vorstellung 1906: 104 Pfd.. Vollst. Arbeitsfähigkeit, Magenmot. sehr gut, weicher Tumor i. Nabelh.. 1912. Beschw.frei. Gewichtszunahme v. 15 Pfd, kann alle Speisen vertragen. I.

Nr. 8. J.-N. 839/1902. Aug. N., 44 J., Arb., Strakendorf. Ulc. d. kl. Kurv., n. d. Pyl.. G. E. r. p. m. N.. Vor 11 J. Magenschm., vor 3 Wochen Bluterbr.. Schlecht gen. M. Links v. d. Mittellinie i. Nabelhöhe, deutl. verschiebl. Res., etwas oberhalb derselben, starker umschr. Druckschm.. Schm. kurz n. d. E., selten Erbr., motor. Funktion gut. Ges. Ac. 76. Op.: A. d. kl. Kurvatur, nahe d. Pyl. derbe, schwielige, zweimarkst.-gr. Verdickung. Gr., vernarbendes, kall. Ulc., die Pars pyl. verengernd. G. E. r. p. m. N.. 1906: 126 Pfd. Mittel genährt, voll arbeitsf., viel Sodbrennen. I. 1912: Selten geringes Erbr. galliger Massen, Gewichtszunahme v. 6 Pfd., ger. Arbeitsbeschränkung. II.

Nr. 9. J.-N. 930/1902. Martha Cl., 42 J., Arbeiterfr., Rödling. 9. IX.—13. XI. 1902. Ulc. call. d. kl. Kurv., Perigastritis. G. E. r. p. m N.. Seit 5 J. Schm., viel Erbr., Stuhlverst., Magenkrämpfe. — Kachektische, mag. Fr.. I. l. Epigastrium druckempf. Res., Ges. Ac. 62. Salzs. +. Op.: Magen m. Leber u. Bauchwand verw., überall perigastrit. Adhäs., a. kl. Kurv. derbes, m. d. Leber verw., über fünfmarkst.-gr. Ulc.. G. E. r. p. N.. H. o. Z.. 1906: Schm. b. Anstrengung u. nachts u. d. Nabels, nicht wie vor d. Op. i. d. Magengegend, Beschw. sind gynäkolog. Natur? Untersuchung 1912. Bis vor 3 J. Wohlergehen, v. 2 J. Bluterbr.; i. d. Narbe supraumbilicale Hernie, unt. Narbenteil druckempf., k. Motilitätshindernis, Ges. Ac. 10, fr. Salzs. —, Galle —, Ulcusbeschw. IV.

Nr. 10. J.-N. 1111/1905. Peter F., 30 J., Knecht, Barsbeck. 16. X.—14. XI. 1905. Ulc. call. d. kl. Kurv.. G. E. r. p. m. N.. Seit 2 J. erst Magenschm., zuletzt Erbr.; — Etwas oberh. d. Nabels st. Druckschm., k. wesentl. Dil. Nach Pf. Salzs. +, Milchsäure. + +. Op.: Kl. Kurv. durch. starke Adhäs. m. d. Umgebung verw., besonders m. d. Pankreas. A. hint. Wand d. kl. Kurv., 2 Querf. v. d. Pyl., markstückgr., kall. Ulc. m. scharfen Rändern. G. E. r. p. m. N.. Heilung o. Z., Arztbericht: 1912. 6 Wochen n. d. Entlassung a. Kachexie infolge Emphysem u. Bronchitis Exitus. IV.

Nr. 11. J.-N. 1154/1905. Karl A., 58 J., Maschinenm. Drochtersen. 27. X.—29. XII. 1905. Ulc. call. Pyl.. Seit 12 J. 1 Stunde n. d. E. Schm., Blutungen, zuletzt viel Erbr.. — Leidl. Ernährungszustand. R. v. Nabel u. d. Rippenbogen fünfmarkstück-gr., deutl. schmerzh. Res., mot. Störung, Ges. Ac. 78, Salzs. + +. Op.: Magen i. seiner ganzen sichtb. Ausdehnung durch alte u. fr. Adhäs. fixiert. A. d. h. Wand, i. d. Nähe d. Pyl. gr. Tumor. Technische Unmöglichkeit d. G. E. later., Jejunostomie. I. d. Folge häufig Bluterbr.; ausschl. Fistelernährung; m. 10 Pfd. Gew.verlust entlassen. $5^1/_2$ Monate Schlauchernährung, dann Ernährung per os; Entfernung d. Schlauches o. Einwilligung d. Kl., Vorstellung S. 1906: 120 Pfd.. I. d. Pylorusgegend Res., ebenso l. v. Nabel. Druckempfindlichkeit. Jejunostomiefistel verheilt. Schw. mot. Störung, Hyperazid. Nachuntersuchung 1912: Starke mot. Behinderung, nach Pf. Retentionen von 340 ccm.

Schleim, unverd. Speisereste. Ges. Ac. 35, f. Salzs. 15. Milchsäure. —. Seit 1906 Gewichtszunahme v. 46 Pfd.. Beeinträchtig. d. Arbeitsfähigkeit III.

Nr. 12. J.-N. 1386/1905. S., 56 J., Invalidenfr., Gaarden. Seit 25 J. magenleidend: Schm. u. Erbr., 3 schw. Blutungen, i. letzter Zeit Erbr. n. jeder Mahlzeit. — I. l. Epigast. flache, 4—5 cm i. Durchmesser haltende, schmerzende Vorwölbung. Rechts v. d. Mittellinie druckempf. Res.. Magen m. d. gr. Kurv. 3 Querfinger breit u. d. Nabel.. Mot. Insuffizienz. Salzs. +, Milchs. +. Ges. Acid. 48,5. Op.: Walzenförmiger Tumor längs d. kl. Kurv. bis z. Pyl.. G. E. r. p. m. N.. Vorstellung 1906: 120 Pfd.. Mot. gut, volle Arbeitsfähigkeit. Kann alle Speisen vertragen. I. 1912: 7 J. p. op. Exitus an einer d. Magen stenosierenden Krankheit. Ob Ulc. o. Ca., ist v. Arzt offen gelassen worden. IV.

Nr. 13. J.-N. 1422/1906. Dettlef W., 59 J., städt. Arb., Gaarden. Vom 10. XI.—8. XII. Pat. seit 2 J. magenleidend, heftige Blutungen d. Magens; int. Behandlg.. Mitte April heftige Schm. n. d. Mahlzeit. Abmagerung. — Mäßig ernährter Mann, u. d. Schwertfortsatze druckempfindl., 2 cm gr., vom Pat. bemerkte Vorwölb.. Ges. Ac. 10, Salzs. schwach +. Op.: A. d. kl. Kurv. d. Magens ein talergr. Ulc. m. kraterförmiger Einziehung, n. h. scheinbar m. d. Pankreas verw.. Drüsen i. Mesenterium n. ca. verdächtig. G. E. r. p. m. N.. H. o. Z.. N. völligem Wohlergehen im Sept. 1905 Exitus durch Blutung aus Darmgeschwüren, n. Aus. d. Arztes o. Mitbet. d. Magens IV.

Nr. 14. J.-N. 1463/1906. Katharine P., 41 J., Arbeiterfr., Kappeln. Seit d. Mädchenzeit häufig Erbr. n. d. E., Stuhlverhaltung. Letzter Zeit Abmagerung, seit 5 Wochen bettlägerig. Starke Durchfälle. I. l. Epigast. harter, druckempfindl. Tumor. Blutpr. —. Anazidität. Op.: Magen sehr gr., i. d. Pars pyl. handteller-gr. Tumor d. vord. Magenwand, Netz u. Pankreas verw., Pyl. frei. Jejunostomie. Pat. stirbt in derselben Nacht an Schwäche. Sektionsbef.: Magen u. Darm m. Blut gefüllt. Arrodiert. Gefäß i. Grunde eines handtellergr. Ulc. call. +.

Nr. 15. J.-N. 1768/1906. Wilhelm L., 41 J., Arbeiterfr., Neumünster. Seit 11 J. magenleidend, Druck i. d. Magengegend u. Schm. n. d. l. Seite ausstrahlend. Vor 6 J. w. heftiger Magenblutungen intern behandelt. Starke Obstipation. — Grazile Fr., mäßig ernährt. Abd. aufgetrieben, i. d. Mitte zw. Nabel u. Proc. xiphoid. talergr., stark druckempf. Stelle. Ges. Ac. 100. Salzs. —, Milchs. —. Op.: Magen durch feste Adhäs. i. einpfennigstuckgr. Ausdehnung m. d. Leber verw.. Nach Lösung d. Adhäs. rundes Ulc. d. kl. Kurv. i. d Nähe d. Pyl. sichtbar, etwa haselnußgroß. G. E. r. p. m. N., H. o. Z.. Bericht 1912: Etwa alle J. ger. Erbr. u. ab u. zu Schm.. Bei Diät voll arbeitsfähig. II. —

Nr. 16. J.-N. 279/1907. Mathilde D., 50 J., Tagelöhnerfr., Vaale. Vom 20. IV.—12. V. 1907. Seit 20 J. magenleidend, seit 2 J. ständig

Schm. u. Erbr., starke Gew.abnahme. Schm. kolikartig. I. letzter Zeit Bluterbr.. — Blasse, magere Fr., m. schlaff. Abd.. Ges. Ac. 30. Salzs. —, Milchs. —. I. Epigastrium u. d. l. Rippenbogen druckempfindl. Res.. O p.: A. Pyl. zahlr. perigastritische Adhäs.. Pyl. wenig verengt, a. d. kl. Kurv. a. d. Rückseite ein gr., call. Ulc., weiche Drüsen a. gr. u. kl. Kurv.. G. E. r. p. m. N.. H. o. Z.. 1912: Klagen über Schm. u. Erbr., besonders nüchtern, n. Ansicht d. Arztes aber vollkommene Arbeitsfähigkeit, k. Mot.behinderung. Diätfrei. I.

Nr. 17. J.-N. 986/1907. Joh. A., 50 J., Landmann, Gummby. 13. VII.—8. IX. 1907. Seit 30 J. Magenbeschw.. Vor 20 J. wiederholt Bluterbr.. Bei Milchdiät Besserung. Seit August d. J. Bluterbr. u. Blutstühle. — Kräftiger Mann, etwas anämisch. Abd. aufgetrieben. U. proc. xiphoid. i. d. Mittell. talergr., druckempfindl. Res., Magengrenze normal. Bluterbr. +, heftige Schm.. O p.: Magen m. Colon verklebt; weiche Drüsen. A. d. kl. Kurv. d. n. vergr. Magens ein kraterförmiges, hartes Ulc. v. Haselnußgröße, fast b. z. Pyl. reichend. G. E. r. pr. m. N.. N. d. Op. Erbr., Spülungen, H. o. Z.. — Bericht 1912: Voll arbeitsfähig, kann alle Speisen vertragen, geringe Stuhlverstopfung. I.

Nr. 18. J.-N. 1162/1907. Emma T., 43 J., Landmannsfr.. 9. IX. bis 2. X. 1907. Ascheberg. Seit d. Jugend magenkrank, Druckgefühl u. Erbr.; verschiedentl. int. Behandlung. Seit einigen Tagen heftiges Erbr. u. Schm.. — Blasse Fr., schlecht ernährt. I. d. Mittell. u. d. proc. xiphoid. eine schmerzh. Res.; Magensenkung. Sehr niedrige Ges. Ac., fr. H Cl +. Op. in Lokalanästhesie: A. Pyl. ein durch Adhäs. m. d. Leberfläche schildförmig verw. Tumor, fast fünfmarkstückgroß, kall. Geschwür. Ca. Drüsen n. vorhanden. G. E. r. p. m. K., H. o. Z., Knopfabgang n. 22 Tagen noch n. bemerkt. Bericht 1912: Keine Schm., Diätfrei, ist „wie neugeboren". I.

Nr. 19. J.-Nr. 958/1908. Franz J., 55 J., Landmann, Nottorf. 21. VII.—10. VIII. 1908. Seit 10 J. Sodbrennen u. Druckgefühl i. d. Magengegend, später häufig Erbr. kaffeesatzähnlicher Massen. Stuhlobstipation; oft intern behandelt. Starke Abmagerung. - Mittelgr. Mann, mäßig kräftig gebaut. Magenretention. Ges. Ac. 65, fr. H-Cl. 45, k. Milchs. — Magen m. gr. Kurv. 4 Querf. br. u. d. Nabel. O p.: Gr. Tumor a. Pyl., weit aufs Duodenum hinüberreichend u. m. Pankreas innig verw.. — Serosa d. Magens zeigt an mehreren Stellen narbige Strahlenbildung. Res. d. Tumors, Mobilisation d. Duodenums. Weiche Drüsen i. gr. Anzahl. Da Res. d. Tumors technisch unmöglich, G. E. r. p. m. N.. H. o. Z.. Bericht 1912: Voll arbeitsfähig, 142 Pfd.; st. Gewichtszunahme, kann alle Speisen vertragen. I.

Nr. 20. J.-N. 1758/1908. Hulda P., Zimmermannsfr., Gaarden. Vom 2. XII. 1908—13. I. 1909. Jahrelang Erbr. Erbr. saurer Massen. B. Milchdiät Besserung. I. l. Zeit bettlägerig. Schw. Fr. i. mittl. Ernährungszustand, 51 kg. Zw. l. Rippenbogen u. Leberrand

mäßig harter, druckempf. u. m. d. Atmung n. verschieblicher Tumor. Op.: Magen sehr erweitert u. m. d. Leber in Handtellergröße verw., talergr. Geschwür m. tiefem, zentralem Krater a. d. h. Wand. G. E. r. p. m. K., H. o. Z.. Bericht 1912: 34 Pfd.. Gewichtszunahme, keine Diät, voll arbeitsfähig. I.

Nr. 21. J.-N. 1895/1908. Detlef M., 35 J., Kellner, Kiel. Seit 12 J. magenleidend. Seit $1^1/_2$ J. häufig Erbr. u. Aufst.. Letzte Zeit st. Abmag.. — Gr. abgemag. M., Magen dilatiert, gr. Kurv. dicht oberh. d. Symphyse; b. Aushebern 2 l entleert. Ges. Ac. sehr gr. Milchs. +, k. fr. Salzs., Blutpr. +. Op.: in Lokalanästhesie: Magen gesenkt, dilat.; a. Pyl. fast hühnereigr., kraterförm. Tumor, der Pyl. fast völlig verlegt u. mit 4 cm langem Strang zur kl. Kurv. zieht. Magen u. Colon lassen sich nicht entwickeln; bohnengr. Drüsen i. Mesocolon, desgl. i. Netz. G. E. r. p. m. N., H. o. Z.. Bericht d. Arztes 1909: Pat. noch einmal 1909 wegen Magenstauung operiert. Damalige Diagnose: Ca inop.. l. J. n. d. Op. an Magen- und Leberkrebs Exitus. IV.

Nr. 22. J.-N. 1949/1908. Auguste N., 38 J., Arbeiterfr., Ballenstedt. Vom 5. I.—19. I. 1909. Seit etwa 10 J. magenleidend, Schm. u. häufig Erbr. n. d. Mahlzeit. I. März vorigen J. Bluterbr.. Im gleichen J. neuer Schmerzanfall, Dez. desselben J. heftiges Bluterbr.; starke Gewichts- u. Kräfteabnahme, vor 16 J. Lues. Kl. zierl. geb. Fr., m. anämischer Gesichtsfarbe. Affectio sinistra apicis pulmonum. I. Epigast. zw. Proc. xiphoid. u. Nabel runder, apfelgr. Tumor, mäßig druckempfindlich m. d. Atmung verschieblich u. gegen d. Leber n. genau abgrenzbar. Unt. Magengr. 4 Querf. breit u. d. Nabel. Op.: Fleckige Schwielen d. Pyl., Pyl. i. zylinderförmigen, ca. 5 cm l., weichen Tumor verwandelt, m. d. Leber d. bindegeweb. Stränge verw.; Drusen i. Omentum u. Lig. gastrocolicum. G. E. r. p. m. K.. Nach 4 Tagen Bronchopneumonie, Exitus let. 18. I. +.

Nr. 23. J.-N. 1992 1908. Ferd. T., 40 J., Metzgereibesitzer, Kiel. V. 9. I.—27. I. 1909. Seit 10 J. wiederholt Schmerzanfälle i. d. Magengegend, $1^1/_2$ Stunde n. d. E. Krankheitsdauer meist 3–5 Wochen. Wiederholt Bluterbr.. Seit Okt. 1908 dauernde Schm., Icterus seit einigen Tagen. - Kräft. M., aber mäßig ernährt. I. r. Epigast. druckempf. Tumor. 134 Pfd.. G. Ac. 12, fr. Salzs. —. Op.: Gastro. u. Hepatoptose. I. kl. u. gr. Netz viele geschw. Drüsen, a. d. kl. Kurv. gegen d. Pyl. hin pfenniggr., derbes Ulc. m. ger. perit. Entzündung u. Adhäs. z. kl. Netz. A. d. unt. Teil d. Pyl. Narbe, diesen aber n. stenosierend. G. E. r. p. m. Kn., N. d. Op. leichtes Erbr. Am 24. Tage Knopfabgang. Bericht 1912: Gew.zunahme 4 Pfd.. Beschwerdefr. bis v. 4 Wochen. Zeitweilig n. körperlicher Überanstrengung Magenbeschw. II.

Nr. 24. J.-N. 2338 1908. Mathilde H., 20 J. Tischlersfr., Neumünster. Seit 8. Lebensjahre Magenbeschw., Schm., unabhängig v. d. Nahrungsaufnahme, selten Erbr., nie v. Blut; wiederholt intern

behandelt. Vor 14 Tagen Blut i. Stuhl nachgewiesen. — Sehr schmächtige, blasse Fr., 77 Pfd.. Affectio apicis sinistra pulmonum. Leib flach, gr. Kurv. ca. 7 Querf. u. d. Nabel. Ges. Ac. 70, fr. Salzs. 50. Op.: Magen dilat., a. Pyl. festes Ulc., durch Infiltration d. Passage versperrend. G. E. r. p. m. N.. N. d. Op. heft. Erbr., dauernd Gefühl d. Völle in d. Magengegend. N. Spülungen H. o. Z.. Bericht 1912: 51 Pfd. Gewichtszunahme, voll arbeitsfähig, kann alle Speisen vertragen. I.

Nr. 25. J.-N. 94/1909. Ludwig H., 34 J., Kaufmann, Privatstation, Neumünster. Vom 15. III.—10. IV. 1909. Seit 4 J. magenleidend, Druck i. d. Magengegend 2 St. n. d. E., Aufst. u. Erbr.. Nach erfolgl. int. Behandl. am 4. II. 1908 Op.: Starke Adhäs. v. Pyl. z. Leber, umgeben v. unlöslichen Darmschlingen. Kein Ulc.; wahrscheinlich Ulcusnarbe. G. E. a. a.. 8 T. n. d. Op. Leibschm., i. Nov. 1908 heft. Schmanfall, Blut i. Stuhl, starke Anämie. — Gr., kräft. M. i. mittl. Ernährungszustand, Abd. aufgetr., Tumor n. fühlbar. Ges. Ac. 19, fr. Salzs. —. Op.: Massenhafte Adhäs. a. Magen u. d. Schenkeln d. G. E. z. vord. Bauchwand ziehend, G. E.-Schlingen gebläht, desgl. d. Magen. A. d. kl. Kurv. zehnpfennigst.-gr. Geschwürkrater, 6mm tief u. 1 cm breit, m. kall. Rändern. Entzündl. Verdickung d. Magenwand. Excis. d. Ulc quer z. Magen, H. o. Z.. Bericht 1912: 146 Pfd.. Kann alle Speisen vertragen, voll arbeitsfähig. I.

Nr. 26. J.-N. 962/1909. Dora M., 65 J., Postassistentenwwe., Lieseby. Seit d. 16. Lebensj. magenleidend, Druck u. Schm. n. d. Rücken ausstrahlend, n. Erbr. Erleichterung. Seit 14 Tagen Beschw. bes. heftig, seit vor. J. Blasenkatarrh. — Blasse, mittelgut gen. Pat., 99 Pfd., Bauchd. gespannt u. druckempfind., l. v. N. walnußgr., harte, druckempf. Res.. Op.: Magen i. Pankreasgegend faustgr. Tumor, d. Magenwand kraterförmig einziehend; oberh. d. Tumors a. d. Hinterwand d. Magens kraterf. Ulc. v. Daumendurchmesser direkt i. d. Tumor übergehend, ein n. hinten perforiertes Magenulc. d. mittl. Magenwand. Res. quer; reichl. Blutung. H. o. Z. Bericht 1912: 1 J. p. op. heftige Blutung, jetzt Wohlbefinden b. leichter Diät. 123 Pfd. II.

Nr. 27. 1205/1909. Johannes W., 60 J., Bahnarb., Röber. 3. IX. bis 2. X. 1909. Seit 3. J. Magenschm., Hochsteigen d. Mageninhaltes, nie Erbr., Stuhlverst.. Seit 3 Wochen Gelbsucht, Appetitmangel u. schmerzh. Druck i. d. Magengegend. Mittelgr., gealterter M., mäßig ernährt, 53½ kg. Plätschergeräusch in d. Magengegend, um d. Nabel Druckschm., a. unt. Leberrand ebenso. Blutpr. i. Stuhl +. G. Ac. 3, fr. Salzs. —, Blutpr. +. Ca.-Verdacht. Op.: A. d. kl. Kurv. i. d. N. d. Pyl. ringförm., kleinfingerdicker Wulst m. 50pfennigstückgr., kraterförm. Einziehung. Weiche Drüsen i. Lig. hepatogastr.. G. E. r. p. m. N.. N. d. Op. Aufst.. Bericht d. Arztes 1912: Exitus Februar 1911 a. Magen-Ca. IV.

Nr. 28. 1468/1909. Heinrich B., 54 J., Arb., Oldesloe 12 X. bis 11. XI. 1909. Seit 4 J. Magenschm., seit 3—4 W. bed. Verschlimmerung, mehrmals Erbr. a. Tag. Blut i. Stuhl. — Gr., kräftig geb., stark abgemagerter, blasser M., 53½ kg. Bauchdeckenspannung, etwa handbreit u. d. Nabel 1 cm gr. Hernia epigastr.. Ges. Ac. 30, Salzs. 15, Milchsäure —. Op.: Magen verlötet, schlecht zu mobilisieren, a. d. Hinterw. n. d. Pyl. ein zehnpfennigstückgr., tiefes, kall. Ulc., Perigastritis. G. E. r. p. m. N.. N. d. Op. heftige Schm., Aufst.. H. o. Z.. Nachuntersuchung 1912: Gewichtszunahme 114 Pfd., aber zuweilen n. d. E. stundenlang heftige Schm., ab u. zu auch Bluterbr.. Rentenempfänger. Ges. Ac. —, fr. Salzs. —, Ulc.-Beschwerden. IV.

Nr. 29. J.-N. 1936/1909. Hermann R., 33 J., Maurer, Kiel. 3. I. bis 27. I. 1907. Seit d. 16. Lebensj. Magenschm., Gefühl d. Völle, Erbr.. Nie Blut i. Erbrochenen. Seit 2 J. Verschlimmerung. Int. Behandlung erfolgl.. — Blaß aussehender M. i. leidl. Ernährungszustand, Plätschergeräusche i. d. Magengegend. Ges. Ac. 70, fr. Salzs. 50, Milchs. —. Magengr. normal, 105 Pfd.. Op.: Magen stark dilat., sehr verengter Pyl. i. sehr festen Tumor verwandelt, Eindruck eines Ulc.. G. E. r. p. m. N.. H. o. Z., m. Gewichtszunahme entlassen. Völliges Wohlbefinden d. Magens. 3 J. p. op. i. d. psychiatr. Kl. z. Kiel an eitriger Meningitis Exitus; l. Anaemia ventriculi, sonst Magen o. B. I.

Nr. 30. J.-N. 1962/1909. Louis D., 39 J., Lederarb., Nortorf. 6. I.—5. II. 1910. Seit 12 J. Magenbeschw. 1—2 St. n. d. E., saures Aufstn., Erbr. u. Schm., Stuhlg. mehrmals dunkel, i. letzter Zeit fast tägl. Erbr.. — Mittelgr. M. i. leidl. Ernährungszust., geringe Kyphose d. Brustwirbels., 130 Pfd., deutl. Plätschergeräusch. Ges. Ac. 45, fr. Salzs. +, Blut +. Op.: A. d. Vorderw. d. Magens etwa 2 cm v. d. Pyl., strahlige Ulc.-Narbe. Pyl. sehr verengt d. riesige Tumorbildung m. kraterförm. Einziehung. G. E. r. p. m. N.. Kein Ca.-Verdacht. H. o. Z.. Arztbericht 1912: Im Nov. 1911 tägl. Erbr., nach 1 J. völliger Beschwerdefreiheit rapide Gew.abnahme, Januar 1912 Diagnose i. hiesiger Kl. ca. inop.: gewaltiger Tumor i. d. Gegend d. Magens fühlbar; 14 T. nach Entl. Exitus. IV.

Nr. 31. J.-N. 2161/1909. Joh. O., 52 J., Kaufmann, Kiel. 31. I. bis 15. II. 1910. Seit 16 J. 4—5 Stunden n. d. E. Schm. i. d. Magengegend. Nach Erbr. Besserung. Seit ½ J. Beschw. sehr heftig. Nie Blut im Erbrochenen oder i. Stuhl. Vor 2 J. int. behandelt. Von med. Kl. geschickt. — Mittelgr. M. i. ger. Ernährungszust., 58 kg.. 1. r. Epigastr. i. d. Tiefe kindsfaustgr. Res. von mäßiger Druckempf.. Ges. Ac. 50, fr. Salzs. 29, Sarcine —. Blut i. Stuhl. Op.: Etwas klarer, gelber Aszites, Magen gr., a. d. vord. u. ob. Seite d. Pyl. bis auf d. Duod. übergreifend narbiger halbfaustgr. Ulcustumor, gegen d. Pyl. hin tiefer, trichterförmiger Krater. Narbe greift auf Serosa über, strahlig, etwa zweimarkstückgr.. G. E. r. p. m. N.. H. o. Z. nach

anfänglich heft. Erbrechen. Arztbericht 1912: Völlig arbeitsfähig, kann alles essen, Gewichtszunahme v. 32 Pfd. I.

Nr. 32. J.-N. 51/1910. Marie R., 55 J., Zimmermannsfr., Preetz. 1. III.—19. IV. 1910. 1904 z. ersten Male Schm. i. d. Magengegend, Bluterbr. 1905 u. 1906, dazwischen Wohlbefinden. Okt. 1907 Erbr. von über 1 l Blut. Seit Okt. 1909 dauernd bettlägerig, heft. Erbr., gr. Schwäche, langdauernde Schm.. Blut i. Erbrochenen u. i. Stuhl. Fr. i. stark reduz. Ernährungszustand, 80 Pfd. Vitium cordis. I. d. Magengegend 4 Finger br. Rectusdiastase. Plätschergeräusch; u. d. l. Rippenbogen i. d. Tiefe harter Tumor. Op. in Lokalanästh.: Auf d. Hinterw. d. Magens kraterförmiges Ulc. m. harten, aufgeworfenen Rändern, i. d. Tiefe m. Pankreas verw.. G. E. r. p. m. N.. N. d. Op. starke Schmerzen i. d. Magengegend. Leichte Pneumonie. H. o. Z.. Nachuntersuchung 1912: Kann alle Speisen vertragen, aber n. viel auf einmal. Gewichtszunahme 20 Pfd.. Schm. i. Rücken, alle 4—6 W. I. Magensaft Galle u. Blut, k. Säure. Mot. gut. Narbenbeschw. d. Stelle d. alten Ulc. m. sek. Verwachsungen. II.

Nr. 33. J.-N. 142/1910. Jacob H, 59 J, Brunsbüttelhofen. 5. III. bis 12. III. 1910. Seit 5 Monaten Aufstoß., Schm., Erbr. seltener, st. Gew.abnahme .— Mittelgr. M., 53½ kg, mäßiges Lungenemphysem. Abd. beträchtlich gespannt, i. d. Tiefe unbest. Res.. Ges. Ac. 85, fr. Salzs. 45, Milchs. —. Op.: A. Pyl. kleinapfelgr. Geschw. v. relativ harter Konsistenz; vordere Magenwand m. linsengr., z. T. ineinander konfluierenden Narben bedeckt, Drüsen. Kein Ca.. Res. d. Tumors: H. o. Z. nach vorübergehender Abzedierung i. d. Narbe. Arztbericht 1912: — Pat. ist n. 2 J. völligen Wohlbefs. nach Verletzung d. l. Zeigefingers a. einer Phlegmone gestorben. I.

Nr. 34. J.-N. 155/1910. Claus St., 56 J., Bahnwärter, Hopen. 1. IV.—5. VI. 1910. Seit mindestens 10 J. Druckgefühl 1 St. n. d. E.; ab u. zu heftige Schm.anfälle u. Erbr.. Herbst 1906 heftiger Anfall, Blutstühle, 1910 abermals 2 Anfälle m. Blutungen, starke Gewichtsabnahme. — Gr. anämischer M., mäßig ernährt, 64 kg. Große Kurv. 2 Querfinger br. u. d. Nabel, Ges. Ac. 20, fr. Salzs. 15, Galle +. Op.: A. d. kl. Kurv. ein markstückgr. Ulcustumor, d. Magen einziehend. I. d. Umgebung reichlich perigastritische Verw. m. d. Netz; segment. Res. d. Ulc.. H. o. Z.. Arztbericht 1912: 1 Monat n. d. Entlassung n. anfängl. völligem Wohlergehen Exitus an Peritonitis, n. Ansicht d. Arztes infolge v. Nahtriß. IV.

Nr. 35. J.-N. 1503/1910. Theodor P., 58 J., Privatmann, Kiel. 14. X.—15. X. 1910. 1881 im Ausland zweimal Ruhr m. blutigen Stühlen. I. d. nächsten 20 Jahren hatte Pat. immer noch unter d. Folgen d. Ruhr z. leiden; gr. Unregelmäßigkeit d. Stuhlg.. Seit 3 J. häufiger Stuhlverstopfung, Druckgefühl, Aufst. u. Erbr., auch Blut, Stuhlgang i. letzter Zeit oft schwarz. Appetit- u. Gewichtsabnahme. — Mittelgr. M., schlecht ernährt, hochgr. Anämie. Hernia epigastr. v. etwa fingerkuppengr. etwas l. oberh. d. Nabels. 48 kg. Ges. Ac. 48,

fr. Salzs. 20, Milchs. . Op.: St. Adhäs. v. 2 cm Breite zw. Lig. gastrocolicum u. unterem Leberrand. Faustgr. Tumor i. präpylorischen Magenteil d. kl. Kurv. a. Hinterwand d. Magens, d. Pyl. verengernd. Massenhafte peritoneale Adhäs. zw. Magen, Pankreas, Netz u. Leber. G. E. a. a.. N. Eröffnung d. Magens ein ungefähr 4 cm tiefes Ulc., st. Blutung, Enteroanastomose m. N.. A. folgenden T. plötzlich Exitus i. Collaps. Sektionsprotokoll: 1½ l Blut i. Magen, Quelle d. Blutung wahrscheinlich d. Geschwürsgrund, gr. kall. Ulc. m. weichem Rande, nur v. Leber u. Pankreas umgeben; offene Gefäße nachweisbar. Syphilis d. Aorta u. d. Nieren +.

Nr. 36. J.-N. 1626/1910. August Sch., 48 J., Landmann, Gaarcerfelde. 19. X.—2. XI. 1910. Seit 5 J. Erbr. u. Schm. i. d. Magengegend; damals int. Behandlg.. Anfang Septbr. d. J. Auftreten neuer Beschw., bestehend i. Erbr. kaffeesatzähnlicher Massen u. st. Schm. Seit Septbr. Gewichtsabn. v. 20 Pfd.. — Mittelgr. M. i. reduz. Ernährungszstd., deutl. Plätschergeräusche, Gew. 128 Pfd., Ges. Ac. 35, fr. Salzs. 10, Galle —. Op.: Pyl. durch faustgr. Tumor verengt, der, v. d. kl. Kurv. ausgehend, trichterförmiges Aussehen zeigt u. mehrfach m. d. Duodenum verw. ist. G. E. r. p. m. N.. H. o. Z.. Bericht 1912: 158 Pfd., vollständig arbeitsfähig, kann alle Speisen vertragen. I.

Nr. 37. J.-N. 637/1910. Christ. T., 21 J., Stütze, Schwackendorf. 9. VI.—11. VII. 1910. Seit 2 J. Schm. nach körperl. Anstrengung, nie Erbr.. Gesund aussehendes, kräft. Mädchen, Druckempfindlichkeit 1—2 Querfinger br. u. d. Proc. xiphoid.. Ges. Ac. 38, fr. Salzs. 14, Milchs. —, Blutpr. —. Op.: St. Verwach. d. parietalen Peritoneums u. d. kardialen Vorderseite d. Magens. A. d. Adhasionsstelle markstückgr. Infiltration, Ulc. call.. Exc.. Enorme Größe d. Magens. H. o. Z.. Bericht 1912: Kann alle Speisen essen, arbeitsfähig, ab u. zu leichte Schm. n. d. E.. Gew. 135 Pfd. II.

Nr. 38. J.-N. 216/1911. Margarethe H., 56 J., Wwe., Neubütelsdorf. 5. IV.—26. IV. 1911. 6 J. magenleidend, Ostip., Erbr., kein Blut. Letzte Zeit heftiges Erbr.. — Mittelgr., mäßig ernährte Fr., kl. Kurv. in Nabelhöhe. Plätschern. Ges. Ac. 50, fr. Salzs. 20. Einfingerbreite l. v. M. kartoffelgr., schmerzh. Res.. Op.: Leber stark gesunken, von d. Leber z. Pyl. Adhäs.. Magen enorm dilat., Pyl. i. harten Tumor verwandelt. Resectio pyl. n. Billroth II. Nach Op. linkss. Pneumonie, dann H. o. Z.. Nachunters. 1912: Klagen über heftige Schm. nach E., kachektisches Aussehen. I. r. Epigast. mit der Atmung nicht versch., höchst krebsverdächtiger Tumor; der Magensaft enthält keine Säuren. IV.

Nr. 39. J. N. 327/1911. Heinrich B., 45 J., Arbeiter, Neustadt. 24. IV.—20. V. 1911. 15 J. magenleidend, damals Erbr. u. saures Aufst., vor 10 J. Schmerzanfall i. d. Magengegend, verb. m. Erbr.. In letzter Zeit dieses alle 5—7 Wochen. St. Gewichtsabnahme. Von d. inneren Kl. hierher verlegt. — Mäßig genährter M., 128 Pfd., gr. Kurv. ca. 2—3 Querfinger breit u. d. Nabels. Ges. Ac. 80, fr. Salzs. 80.

Op.: Gr., röhrenförmiges, kall. Ulc., dicht v. d. Pyl. beginnend u. b. z. Pars retrocolica duodeni ziehend. A. d. kl. Kurv. ein zweiter, kleinerer m. d. ersteren durch strahlige Narben verb. Tumor auf d. Magen-Serosa. G. E. r. p. m. N.. 3. V. L. h. u. Pneumonie. 20. V. Empyem, Resektion 2 Rippen. Abends Exitus. Sektionsbefund: Geschwür des Duodenums m. narbiger Umgebung u. krebsiger (?) Entartung a. Rande, gr. Gangränherd d. rechten Lunge. +.

Nr. 40. J.-N. 432/1911. Wilhelm Br., 39 J., Bureauarb., Kiel. 8. V.—28. V. 1911. Vor 12 J. heftige Bleikoliken. S. 1898 angbl. n. Genuß v. kaltem Bier Magenbeschw., Druckgefühl, saures Aufst., spärliches Erbr.. Allmähliche Verschlimmerung. Vorübergehende Heilung. Seit 1 J. bedeutende Verschlimmerung d. Beschw.. — Mittelgr. M. i. mäßigem Ernährungszustande, 112 Pfd. Blutpr. —. Ges. Ac. 96, fr. Salzs. 54. Op.: Starke Gastrektasie. A. Pyl., übergreifend auf d. Duodenum, kall. Geschwür. G. E. r. p. m. N.. H. o. Z.. Nachuntersuchung 1912: Kann alle Speisen gut vertragen. Ges. Ac. 11, fr. Salzs. 6, 126 Pfd. I.

Nr. 41. J.-N. 621/1911. Frl. Auguste E., 25 J., Neustadt/Holst. 1. VI.—30. VI. 1911. 3 J. magenleidend. N. d. E. heftige Schm. u. Erbr.. I. d. l. J. 6 solcher Schmerzanfälle, trotz vorsichtiger Lebensweise; i. d. l. Wochen Verschlimmerung. — Magere Pat., 98½ Pfd.. Vitium cordis. Regio epigastrica, heftig druckschmerzhaft. Ges. Ac. 59, fr. Salzs. 43. Op.: A. d. h. Magenwand i. d. N. d. kl. Kurv. zehnpfennigstückgr. Ulc.. Keilförmige Exc.. N. d. Op. Erbr. u. Blutungen. Nach Magenspülungen Besserung. Bericht 1912: Kann alle Speisen essen, ist voll arbeitsfähig, 117 Pfd. I.

Nr. 42. J.-N.932/1911. August R., 55 J., Knecht, Wensien. 11. VII.—6. VIII. 1911. Seit 3 J. Schm. n. d. E., Erbr.. I. vorig. J. int. Behandlung wegen Magengeschwür. Allmählich heftigeres Auftreten d. Schm.. — Abgemagerter M., Abd. o. B.. Blutpr. +. Ges. Ac. 75, fr. Salzs. 47, Milchs. —. Op.: Pyl. n. o. verzogen. A. d. kl. Kurv. alte Ulcusnarbe, a. gr. Kurv. nahe d. Pyl. zehnpfennigstückgr. Geschwür m. infiltr. Umgebung u. Durchbruch i. d. Mesocolon u. Verwach. n. l. m. d. Pankreas. Da Res. d. Ulc. unmöglich G. E. r. p. m. N.. H. o. Z.. Bericht 1912: Voll arbeitsfähig, kann alle Speisen vertragen, 144 Pfd. I.

Nr. 43. J.-N. 992/1911. Sophie T., 62 J., Putzersfr., Husum. 19. VII.—15. VIII. 1911. Vor 7 J. plötzl. Auftreten v. Erbr. blutiger Massen, seit dieser Zeit „schwacher Magen". Vor 2 J. Anfall m. heftigem Bluterbr.. Nach int. Behandlg. H.. Seit 3 M. ununterbrochen Erbr. u. starke Schm.. — Mittelgr. Fr. i. reduz. Ernährungszustand, etwas anämisch. Vitium cordis. Hepatoptose, Plätschern, Abd. sonst o. B.. 84 Pfd., Ges. Ac. 20, fr. Salzs. 24. Op.: Magen sehr gr., Pyl.verdickt. Dort Ulc. call. m. kraterförmiger Einziehung, d. Pyl. verengernd. G. E. r. p. m. N.. 31. I. Pneumonie d. l. Unterlappens.

Mit Gewichtsverlust v. 4 Pfd. entlassen. Bericht 1912: 108 Pfd., voll arbeitsfähig, kann alle Speisen vertragen. I.

Nr. 44. J.-N. 1685 1911. Hermann B., 54 J., Maschinenmeister, Eddelack. 12. X.—21. XI. 1911. Vor 26 J. Magenblutungen verb. m. Schm., Schmerzfr. Periode bis 1909. Nov. 1909 abermals heftige Blutungen, verb. m. gr. Schm., Gewichtsabn. v. 30 Pfd.. — Etwas anamischer Mann, mäßig ernährt. I. d. Regio pyl. geringer Druckschmerz. 130 Pfd. Ges.-Ac. 55, fr. Salzs. +, Milchs. —, Blutpr. +. Op.: A. kl. Kurv. walnußgr. Infiltration bis z. Cardia ziehend. Ein m. Pankreas u. Leber d. gefäßhaltige Adhäs. verb., kall. Ulc.. G. E. r. p. m. N.. H. o. Z. nach leichter Pneumonie. Nachuntersuchung 1912: Klagen über Aufst.u. krampfartige Schm.. Leichtes Lungenemphysem. u. putride Bronchitis. Keine Motilitätsbeschw., Ges. Ac. 7.5. fr. Salzs. —, Galle +. Ulcusbeschw.. 140 Pfd. IV.

Nr. 45. J.-N. 1774/1911. Johann B., 36 J., Arb., Felde. 23. X. bis 10. XI. 1911. Vor 11 J. Bluterbr., vor 3 J. abermaliger Anfall von Schm. i. d. Magengegend, mehrere Stunden andauernd. Nach Erbr. Erleichterung. Nov. 1910 int. Behandlung, starke Abmagerung. — Kräftig geb. M. i. ger. Ernährungszustand. 128 Pfd.. Magengegend druckempfindlich. Ges. Ac. 32. fr. Salzs. 10. Op.: Magenfundus h. fixiert. Einige cm v. d. Cardia entfernt a. d. kl. Kurv. zweimarkstückgr., m. d. Pankreas verw., kall. Ulc.. Res. unter Mitnahme v. 2 cm d. 10. u. 11. Rippe, starke Blutung, Tamponade. N. d. Op. Aufst., späterhin Erbr.. Aus einer Fistel d. Bauchwunde quillt kaffeeartige Flüssigkeit. 10. XI. plötzl. Tod i. Kollaps. Sektionsbefund: Diffuse, eitrige Peritonitis. Nekrose der Magenwand a. d. Nahtstelle, linkss. Pleuritis. +.

Nr. 46. J.-N. 2827/1911. Robert Sch., 45 J., Buchbinder, Kiel. 26. II.—29. III. 1912. Vor 25 J. Schm. u. Erbr.. Am 5. X. 1911 Schwindelanfall, Erbr. u. heft. Magendruck. Dasselbe am 7. X. 1911, verb. m. Bluterbr.. Nach int. Behdg. Besserung. Seit Januar wieder Beschw., int. Behdlg. erfolglos. Schlanker, blasser M. m. enormer Kyphoscoliose. Epigastrium druckempfindlich. Blutpr. . Kolikartige Schmerzanfälle, 70 Pfd.. Pf. Salzs. nachweisbar, ebenso Blut. Op. in Lokalanästh.: A. Pyl. faustgr. Tumor, durch ein zweimarkstückgr., tiefes, kraterf. Geschwür gebildet. Adhäs. m. d. Netz. G. E. r. p. m. N.. Nach Auftreten v. Erbr. Spülungen. H. o. Z. Bericht 1912: 167 Pfd.. Fast hundert Pfd. Gewichtszunahme! kann alle Speisen vertragen, ist voll arbeitsfähig. I.

Nr. 47. J.-N. 285 1911. Wilhelm M., 51 J., Arbeiter, Eckernforde. 21. II.—21. III. 1912. Vor 5—6 J. zum ersten Mal Schm. im Magen, wo Vorwölbung gesehen. N. ½ J. 2. Anfall. 1910 mehrmals. Herbst 1911 arbeitsunfähig. Erbr. gr. Mengen saurer Massen. Normal aussehender, mittelkräft. M.. Zw. Nabel u. Rippenb. dicke, querverl., pralle Vorwölbung, Druckschm. 130 Pfd.. Op.: A. hint. Hälfte d. Pyl. ringförm., dicker Ulcustumor. Gastrektasie. G. E. r.

p. m. N.. H. o. Z.. Nachuntersuchung 1912: Narbe o. B.. Keine Gewichtsabn., oft Erbr. galliger Massen, kachektisches Aussehen. Ges. Ac. 39, fr. Salzs. 9, Galle +. Ca? IV.

Ulcus simplex und Perigastritis.

Nr. 1. J.-N. 293/1901. Dora K., 29 J., Maurersf., Schleswig. 29. IV.—28. V. 1901. Seit 12 J. Schm. n. d. E., Aufst., Druckgef.. V. 4. J. Blutung. — Blasse Fr., Druckempfindlichkeit i. Epigastrium, Ges. Ac. 92, fr. Salzs. +, 83 Pfd.. Op.: Magen m. d. Leberfläche verw. Pyl. eng. N. Lösung d. Verw. G. E. r. p. m. K.. Knopfabgang nach 23 Tagen. H. o. Z.. Vorstellung 1906: 1½ J. p. op. Beschw. wie früher, nur weniger heftig. Nach schmerzfreien Zwischenräumen wochenlang Schm., Ges. Ac. 60, fr. Salzs. +. 110 Pfd.. III. Bericht 1912: Ab u. zu Druck, sehr selten Erbr.. Gewichtszunahme v. 29 Pfd.. I. Arbeitsfähigkeit wenig beeinträchtigt. II.

Nr. 2. J.-N. 1164/1901. Frl. Auguste B., 32 J., Krankenwärterin, Kiel. 9. XI.—21. XII. 1901. Seit 12 J. Bluterbr., v. 4 Wochen ebenfalls. Int. Behdlg.. 4 Tagen Entlassung Erbr. u. Schm.. — Schlechter Ernährungszustand, Epigast. druckempfdl., untere Magengrenze 2 Querfinger u. d. Nabel, P F. Salzs. —, Milchs. —. Dauerndes Erbr.. Op.: Gastroptose, st. perigastritische Verw.. G. E. r. p. m. K.. Bericht 1906: Gefühl d. Völle, Schm. u. Erbr.. Nirgends Druckempfindlichkeit. Arztbericht: Schnürt sich stark IV. 1912 Arztbericht: Tägl. Erbr. galliger Massen. Gastroptose u. Atonie d. Magens. Rentenempfängerin. IV.

Nr. 3. J.-N. 1460/1901. Eduard Ch., 50 J., Zimmermann, Kiel. 16. I.—11. II. 1902. Seit 12. Lebensj. verschiedentlich Erbr. gr. Blutmengen (Ohnmachten). Ungefähr alle J. einmal Blut i. St. u. Erbr.. S. kurzer Zeit heftige Schm., nüchtern. Verschiedentl. int. Behdlg. ohne Erfolg. — Abgem. M. m. eingezogenem Abd., ger. Dilatation d. M., Plätschberger., mot. Störung. Ges. Ac. 42, Salzs. 15. Op.: Erhebl. Dilatation, Perigastritis d. h. Fläche d. M.. Adhäs. m. Mesocolon. G. E. r. p. m. K.. H. o. Z.. Arztbericht 1912: Zunächst 50 Pfd. Gewichtszunahme. 1906 heftige Blutungen u. Erbr.. Spezialärztl. Behdlg. o. Erfolg. 1 J. später Exitus a. Ulcusblutungen. IV.

Nr. 4. J.-N. 427/1902. Richard M., 52 J., Schreiber, Friedrichsort. 29. V.—5. VII. 1902. Seit 20 J. Stuhlträgheit, seit vor. Herbst Appetitlosigkeit. Seit 6 Monaten heftiges Erbr. n. jeder Mahlzeit, zuletzt Bluterbr., Abmagerung. — Reduz. Ernährungszustand, Plätscherger.. Druckempfindlichkeit i. Epigastrium. Ges. Ac. 70, fr. Salzs. +, Milchs. —. 100 Pfd.. Op.: Starke Verw. d. Magens m. d. Umgebung. Pyl. derb, aber n. tumorartig verändert. Magen dilatiert. G. E. r. p. m. K.. Vorstellung 1906: Kann alle Speisen vertragen. 18 Pfd.. Gewichtszunahme. Ges. Ac. 70, Salzs. nachweisbar. Mot. verlangsamt. I. d. Folge deutl. mot. Störungen., 7. I. 1907. Rela-

parotomie. Gr. M., schlecht mobilisierbar. A. d. Serosa-Seite d. Anastomose ein harter, derber Wulst, auf d. Magen-Serosa kl., flache, weiche Knötchen. G. E.-Anastomose für den Zeigefinger knapp durchgängig. I. Mageninnern a. der d. Pyl. zugekehrten Seite d. Anastomose zerklüftetes Ulc.. Pyl. derb u. narbig o. Tumor. Drüsen enthalten mikroskop. Ca.. G. E. a. a.. H. o. Z.. Exitus nach 4 Monaten. IV.

Nr. 5. J.-N. 768/1902. Ernst B., 50 J., Arbeiter, Lüdtjensee. 31. VII.—2. VIII. 1902. Salzsäureverätzung. Mitte Mai 1902. Anfangs nur Beschw. seitens. d. verätzten Rachens. Dann Schluckbeschw., schließlich behält er nichts mehr bei sich. Gr. Pat. i. s. reduz. Ernährungszustand. 91 Pfd.. Zäpfchen, Gaumenbögen u Tonsillen gerötet, auch d. Anfangsteil d. Ösophagus. Affectio apicis pulmonum beiderseits. Leib kahnförmig eingezogen. Nirgends druckschm.. Op.: Enge Striktur a. Pyl.. Vord. u. hint. Wand d. M. infiltriert. Starke Perigastritis. G. E. r. p. m. N.. Durchtrennte Milzadhäs. bluten stark. Exitus am folgenden Tag. +.

Nr. 6. J.-N. 937/1902. Frieda W., 24 J., Maurerstochter, Fassendorf. 11. IX.—7. X. 1902. Seit 8 J. Magenbeschw., verschiedentlich Bluterbr.. 1897, 1898 und 1901. Int. Behdlg. v. vorübergehendem Erfolg. Stuhlverhaltung. Letzte Zeit Schm.. — Gr. bl. Mädchen. Abd. flach u. eingesunken. A. Pyl. weiche Res.. Magen 3 Querfinger breit u. d. Nabels. Ges. Ac. 80, Salzs. —. Op.: Magen stark dilat., etwas gesenkt, Ulc. pyl.. G. E. r. p. m. N.. H. o. Z.. Vorstellung 1906: Besserung b. leichter Diät. Ger. Einschränkung d. Arbeitsfähigkeit. 112 Pfd., Ges. Ac. 16, Salzs. —, Galle +, Milchs. +. II. Nachuntersuchung 1912: 3—4 Mal Erbrechen i. J.. Tumor n. palpabel. Kein Abflußhindernis. I. Magensaft Galle + + +, keine Säure mehr. II.

Nr. 7. J.-N. 1030/1902. Franz H., 48 J., Landarbeiter, Densfelderau. 27. IX.—24. X. 1902. Seit 2 J. Schm., saures Aufst., Erbr. Einmal reichl. Blutbr.. Int. Behdlg. o. Erfolg. — Schwächl., magerer Pat., Abd. o. B.. I. d Mittell. u. d. Proc. xiph. taubeneigr., druckschmerzh., nicht reponible Bauchhernie. Mot. Funktion d. M. gering, Ges. Ac. 58, fr. Salzs. +. 64½ kg. — Op.: Abtragung d. Bruchsackes, Leber schwielig u. hart, m. d. Magen verw.. A. d. kl. Kurv., immitten ger. Perigastritis, weiches Ulc. Starke Magendilatation. G. E. r. p. m. K.. H. o. Z.. Verschollen.

Nr. 8. J. N. 1550/1902. Heinr. M., 42 J., Landmann, Harnsdorf. 16. I.—16. II. 1903. Seit 15 J. gegen Morgen regelmäßig Schm., Aufst. u. selten Erbr.. Dann Erleichterung. Verschiedentl. int. Behandlung. Zunahme der Beschw.. — Sehr magerer Pat. m. aufgetr. Abd.. Handbreit v. d. Mittell. unterhalb d. l. Rippenbogens Druckschmerz. Plätscherger.. Ges. Ac. 57, fr. Salzs. —, Milchs. —, gr. Kurv. handbreit u. d. Nabels. 101 Pfd.. Op.: I. d. Pylorusgegend perigastr. Verw.. Gastrektasie. Weicher Tumor i. d. Pylorusgegend. G. E. r. p. m. N.. H. o. Z.. Vorstellung 1906: Beschwerdefrei. I. Nach-

untersuchung 1912: Bis 1912 schm.frei. Dann wieder heftige Schm.. Kl. Narbenhernie. Magen tiefstehend u. dilatiert wie 1906. Kein Abflußhindernis. Ges. Ac. 35, Salzs. 21, Galle +++. Ulcusbeschwerden. III.

Nr. 9. J.-N. 1083/1903. Detlef L., 48 J., Weber, Neumünster. 14. X.—21. XI. 1903. Seit dem 15. J. Schm., 1—2 Stunden n. d. E., Blutstühle, selten Erbr., Stuhlverhaltung. — Sehr magerer Pat., Plätscherger.. A. Pyl. undeutl. druckempf. Res.. Ges. Ac. 42, Salzsäure ++, Milchs. —. 128½ Pfd.. Op.: A. Magen zahlreiche Narben u. perigastritische Verw. m. Netz u. Mesocolon. Desgl. Narben bis i. d. Pylorusgegend ziehend. Leichte Stenose. G. E. r. p. m. N.. Arztbericht 1906: Vor 1 J. n. Dänemark verzogen. Bei völliger Arbeitsfähigkeit doch oft Schmerzen?

Nr. 10. J.-N. 1419/1903. Elise B., Trägerfr., Oldenburg. 2. I. bis 31. I. 1904. Vor 9 J. Bluterbr. u. Magenschm.. Seit dieser Zeit 6 solcher Anfälle, sonst vollständig beschwerdefr.. Vor 8 Tagen Blut i. Stuhl. — Kräftige, etwas anämische Fr.. I. l. Epigastr. br. Res. o. Druckempfindlichkeit. Ges. Ac. 54, fr. Salzs. +. 114 Pfd.. Op.: Starke allseitige Verw. d. Magens n. d. Leber, desgl. m. d. Jejunum. Ger. Magendil., st. Adhäs. G. E. r. p. m. N.. H. o. Z.. Arztbericht 1906: Völlige Arbeitsfähigkeit, 114 Pfd., Ges. Ac. 20, Galle +. I. Bericht 1912: 125 Pfd.. Ger. Magendruck zeitweise n. d. E., selten Erbr.. Bei leichter Diät Arbeitsfähigkeit. II.

Nr. 11. J.-N. 1234/1903. Anna N., 14 J., Schulkind, Bartelsbusch. 12. XI.—8. XII. 1903. Seit d. Jugend Schm. u. Erbr.. — Schw. Kind i. schl. Ernährungszustand; ger. Druckempfindlichkeit i. d. Gegend des Pyl., 76 Pfd.. Ges. Ac. 82, Salzs. +. Op.: Perigastritische Verw. d. Magens, bes. a. Pyl.. G. E. r. p. m. N.. Vorstellung 1906: 96 Pfd., Ges. Ac. 60, Milchs. +. I. Bericht 1912: 109 Pfd., kann alle Speisen vertragen, voll arbeitsfähig. I.

Nr. 12. J.-N. 147/1904. Maria G., 44 J., Arbeiterfr., Kiel. 1. IV. bis 28. IV. 1904. Als junges Mädchen schon Magenbeschw.. 1889 wegen Ektasie i. Behdlg.. Bis 1903 beschwerdefrei. Dann Erbr. m. etwas Blut, Schm. u. Aufst.. — Sehr abgemag. Fr., Abd. aufgetr.. I. d. Gegend d. Pyl. Tumor äußerlich sichtbar, b. Entleerung d. Magens verschwindend. Ges. Ac. 36, fr. Salzs. 18, 83 Pfd.. Op.: Pyl. derb infiltriert u. a. d. Leber fixiert, macht chronisch entzündl. Eindruck. Magen stark hypertr. m. bindegewebigen Verdickungen u. bandartigen Verw. m. d. Duodenum. G. E. r. p. m. K.. H. o. Z.. 1906: Vorstellung. Vollkommene Arbeitsfähigkeit. I. 1912. Bericht: 51 Pfd., Gewichtszunahme. Vollkommen arbeitsfähig, kann alle Speisen vertragen. I.

Nr. 13. J.-N. 750/1904. Helene W., 25 J., Näherin, Friedrichsdorf. 2. VII.—20. VIII. 1904. Als 12jähriges Kind schon magenleidend. Seit einigen J. Schm., Erbr. u. Sodbrennen n. Nahrungsaufnahme. Int. Behdlg. o. Erfolg. — Leicht anämisches

Mädchen. 3 Querfinger br. r. vom Nabel verschiebl. Res. a. Pyl.; gr. Kurv. 3 Querfinger br. über d. Symphyse. 102 Pfd.. Ges. Ac. 37, fr. Salzs. +, Galle +. Op.: A. Pyl. Perigastritis u. chron. entzündl. Tumor. Muskulatur d. Magens hypertr.. G. E. r. p. m. N.. H. o. Z.. Vorstellung 1906: 102 Pfd., Magen 1 Querfinger breit u. d. Nabels. I. Bericht 1912: vollst. arbeitsfähig, k. Beschw., braucht n. Diät zu halten. I.

Nr. 14. J.-N. 1509/1903. Cath. J., 70 J., Arbeiterfr., Hohenfelde. 17. I.—25. I. 1904. I. d. Jugend schon magenleidend, dann aber gesund. Vor 4 J. Schm. n. d. E. u. nüchtern; häufig Bluterbr., Stuhlverh.. Bes. Heftigkeit der Beschw. seit 6—7 Wochen. Gewichtsabnahme. — Sehr magere, anämische Pat., 70 Pfd., Ges. Ac. 42, fr. Salzs. +. I. Abd. fr. Aszites, l. o. v. Nabel sehr derbe, druckempfindl. Res., scheinbar a. d. h. Magenwand. Op.: Kl. Kurv. i. Nabelhöhe. A. Hinterwand kl. Kurv. Res., Andeutung v. Sanduhrform d. Magens. Vergr. Drüsen i. Omentum majus. Pyl.-Serosa narbig. G. E. r. p. m. K.. 25. I. Exitus a. hypostatischer Pneumonie. Sektionsbefund: Pneumonia hypostatica. Pyl. Schleimhaut narbig verändert, diesen verengernd. A. d. kl. Kurv. talergr., fl. Ulc. +.

Nr. 15. J.-N. 1613/1904. Josephine B., 55 J., Schlachterfr., Achterwehr. 16. II.—20. II. 1905. Seit dem 15. Lebensjahre magenkrank. Schm. u. Aufst.. I. d. letzten J. Bluterbr. Nach Spülungen Erleichterung. Seit 5 Wochen gr. Schwäche u. st. Stuhlverhaltung. Mehrmalige int. Behdlg. Kräftige Fr.. I. d. Magengegend Platscherger. Mot. gering. Ges. Ac. 45, fr. Salzs. +. Mikroskop.: Sarcine, Fleischfasern. Op.: B. Anlegung d. G. E. r. p. m. K. Synkope. Exitus. Sektionsbefund: Braune Atrophie d. Herzens, Lungenemphysem. Gr. Narbe d. Pyl. m. zahlr. Geschw., Adhäs. zw. Magen, Milz, Leber u. Gallenblase. Empyem d. Gallenblase durch Steinverschluß d. Ductus cysticus. Perihepatitis und Perisplenitis. +.

Nr. 16. J.-N. 186/1905. Jens. P., 34 J., Lehrer, Kiel. 10. IV. bis 28. IV. 1905. Seit d. Jugend magenleidend. Druck. Aufst., Erbr. blutiger Massen. 1896 Probelaparotomie m. neg. Befund. Gr., bl., magerer Mann m. kahnförmig eingezogenem, weichem Abd.. Platscherger.. I. Erbr. Blut. 125 Pfd.. Ges. Ac. 40, fr. Salzs. +. Op.: A. Pyl. ringförmige, etwas derbe Res. m. narb. Verziehungen u. Adhäs., weiche Drüsen a. unteren Magenrand. Perigastritis a. d. ganzen Pars pyl.. G. E. r. p. m. K.. Vorstellung 1906: Ges. Ac. 57, Galle +, vollkommen arbeitsfähig. I. Bericht 1912: Gewichtszunahme 35 Pfd., kann alle Speisen vertragen, voll arbeitsfähig. I.

Nr. 17. J.-N. 57/1906. Marie B., 26 J., Arbeiterfr. 20. II. bis 15. III. 1906. Seit 17 J. Schm. n. d. E., sofortiges Erbr. d. genossenen Speisen, Stuhlverhaltung. Hat selbst Vorwölbung i. d. Magengegend entdeckt. Seit 3 Wochen bes. Beschw.. Stark abgem. Fr.. I. d. Magengegend dreimarkstuckgr. Tumor fühlbar. Ges. Ac. 13, fr. Salzs. 11. Op.: Verw. d. kl. Kurv.. A. Hinterw. d. Pars pyl. Perigastritis.

G. E. r. p. m. N.. H. nach anfängl. starkem Erbr., u. n. Thrombose d. Vena femoralis. 1912 Verschollen.

Nr. 18. J.-N. 780/1907. Ernst B., 33 J., Arbeiter, Lübeck. 10. VII.—29. VII. 1907. Seit 6 J. angebl. n. einer Erkältung Druck u. Schm. i. d. Magengegend, bis i. d. Rücken ausstrahlend. Aufstoß. u. Erbr., Blutstuhl. I. l. Zeit Gewichtsabnahme. — Kränklich ausseh. Mann i. reduz. Ernährungszustand. 110 Pfd.. Ges. Ac. 100, fr. Salzsäure +, Blut i. Stuhl +. Op.: Magen sehr gr.. I. d. Pyl.gegend Perigastritis. Vorne a. d. Pars. pyl. einpfennigstückgr., narb. Ulc.. G. E. r. p. m. N.. H. o. Z.. — Bericht 1912: Völlig arbeitsfähig, kann alle Speisen essen. Gewichtszunahme v. 27 Pfd. I.

Nr. 19. J.-N. 1531/1907. Christine L., 36 J., Köchin, Flensburg. 9. XI.—16. XII. 1907. Seit d. 20. Lebensj. magenleidend. Anfallsweise Schm. u. Erbr.. Int. Behdlg. o. Erfolg. I. l. J. Verschlimmerung d. Beschw.. V. d. med. Kl. z. Op. geschickt. — Kl., magere Person. 117 Pfd., Ges. Ac. 90, fr. Salzs. +. Op.: Regio praepyl. durch ein Ulc. stenosiert. G. E. r. p. m. N.. Bronchopneumonie, dann H.. Nachuntersuchung 1912: I. letzten J. Gewichtsabnahme v. etwa 10 Pfd.. L. u. r. weicher Tumor palpabel. Retention. Ges. Ac. 10, fr. Salzsäure —, Galle + +. Abflußbehinderung der G. E. III.

Nr. 20. J.-N. 1543/1907. August K., 34 J., Seemann, Ellerbeck. 9./ XI.—13. XII. 1907. Vor 2 J. wegen Magenblutungen i. d. med. Kl.. I. Aug. dieses J. abermalige Behdlg. wegen Magenerweiterung. Vor einigen Tagen plötzl. heftige Schm. b. d. Arbeit. — Gr. Mann i. mäßigem Ernährungszustand. Magengegend druckempf. u. d. Proc. xiph.. Ges. Ac. 58, fr. Salzs. +, Milchs. +. Op.: Perigastritis a. Pyl. Hier auch, i. d. Nähe d. kl. Kurv., kl. stenosierendes Ulc. v. Kleinfingerkuppengröße. G. E. r. p. m. N.. H. o. Z.. Bericht 1912: Voll arbeitsfähig, kann alle Speisen m. Ausnahme v. Hülsenfrüchten vertragen. I.

Nr. 21. J.-N. 1832/1907. Hans G., 61 J., Gastwirt, Borkstedt. 6. I.—1. II. 1907. Vor 16 J. Bluterbr.. Dann jahrelang beschw.frei. — In letzten J. st. Gew.abn., heftige Schm. n. d. E., Erbr., hartnäckige Stuhlverstopf. 176 Pfd., früher 196 Pfd.. — Gr. kräftiger Mann i. reduz. Ernährungszustand. Abd. o. B.. Blut i. Erbr.. Ges. Ac. 40, fr. Salzs. —, Milchs. +. Op.: Magen gr.. A. Hinterwand d. kl. Kurv. fünfmarkstückgr. flache Ulcusplatte. G. E. r. p. m. K.. H. o. Z.. Knopfabgang nicht bemerkt. Bericht 1912: Voll arbeitsfähig, kann alle Speisen vertragen. 172 Pfd. I.

Nr. 22. J.-N. 261/1908. Anna M., 36 J., Maurersfr., Duchersee bei Lübeck. 22. IV.—29. V. 1908. Seit Weihnachten angebl. nach Erkältung Schm. i. r. Seite, nach d. r. Brustseite ziehend. Vor etwa 14 T. volum. Bluterbr. u. anhaltende Magenschm.. — Gesund aussehende Fr., Ernährungszustand gut. Druckempfindlichkeit d. Magengegend. I. r. Mesogastrium rundl. Tumor, scheinbar der Niere ent-

sprechend. Linkss. Leistenhernie. 109½ Pfd.. Blutpr. i. Stuhl. ?. Op.: Pyl. sehr eng, Magen dilat. u. tiefstehend. A. d. Hinterfläche d. Magens Perigastritis. G. E. r. p. m. K.. H. o. Z.. Bericht 1912: Voll arbeitsfähig, kann alle Speisen essen. 123 Pfd. I.

Nr. 23. J.-N. 648/1908. Heinrich Sch., 45 J., Tischler, Dietrichsdorf. 15. VI.—17. VII. 1908. Ein 25 kg schw. Holzblock fiel d. Pat. auf d. ob. Bauchgegend. — Seit dieser Zeit anfallsweise Schm. i. Magengegend, Stuhlverst., Sodbrennen, aber k. Aufst. u. Erbr.. - Ziemlich kräftig geb. Mann. Ger. Druckempfindlichkeit i. Epigastr.. Ges. Ac. 25, Salzs. +, Milchs. +. 54 kg. Op.: Wulstiger Ring a. Pyl.. G. E. r. p. m. K.. H. o. Z.. Knopfabgang n. beobachtet. Nachuntersuchung 1912: Voll arbeitsfähig, kann alle Speisen vertragen. Alle 3—4 Wochen krampfartige Schm.anfälle. Ges. Ac. schwach, Salzs. schwach +. II.

Nr. 24. J.-N. 1494/1908. Karl B., 49 J., Werkmeister, Kiel. 23. X.—21. XI. 1908. Seit 7 J. Aufst. u. zeitweise Erbr.. Verschlimmerung b. Erkältungen. Stuhl teerfarben u. unregelmäßig. Int. Behandlg. o. Dauererfolg. — Gut genährter Mann. I. d. Pyl.gegend etwa daumendicker, querverlaufender, druckempfindl. Tumor. Magen stark dilat.. Bei Aufblähung i. Pylorusgegend Tumor. 60 kg.. Ges. Ac. 75, Salzs. 55, Blutpr. +. Op.: Lösung starker Verw. d. Magens. A. kl. Kurv. talergr. Ulc. inmitten starker Perigastritis. G. E. r. p. m. K.. Bericht 1912: Voll arbeitsfähig, verträgt alle Speisen, 132 Pfd. I.

Nr. 25. J.-N. 1507/1908. August Br., 38 J., Milchmann, Kiel. 31. X.—14. XI. 1908. Seit 8 J. krampfartige Schm. u. Erbr. n. d. E.. Nie Bluterbr.. N. d. Erbr. Erleichterung. Ebenfalls seit 8 J. Hernia paraumbilicalis. Obwohl Diät, Verschlimmerung i. d. letzten Zeit. — Kräftig geb. Mann i. mittl. Ernährungszustand. Oberh. d. Nabels Hernia epigastr.. Op.: Leber, Colon, Netz u. Magen d. frische Adhäs. verklebt. A. d. Magenhinterwand nahe d. Pyl. fünfpfennigstückgr., scharfrandiges Ulc.. G. E. r. p. m. K.. Bericht 1912: Manchmal Magendruck n. d. E., aber völlige Arbeitsfähigkeit. Pat. keine Diät, 172 Pfd. I.

Nr. 26. J.-N. 1823/1908. Heinr. L., 55 J., Rentner, Kiel. 8. XII. bis 12. XII. 1908. Anscheinend längere Zeit magenleidend. Seit 6 Wochen dauerndes Aufst. u. Erbr.. Sehr starke Gewichtsabnahme. - Blasser, hochgradig abgemag. M.. Dauernd Aufst. u. Erbr.. Abd. flach u. eingezogen. Blutpr. —. Kochsalzinfus. subkutan. Magensaft sauer. Viele Hefe, Sarcine u. lange Stäbchen, fr. Salzs. -, Blut —. 9. XII. Op. in Lokalanästh.: Magen sehr muskelstark. Pyl. absolut verschlossen durch kl. Tumor, wahrscheinlich Ulc.. G. E. r. p. m. K.. Erbr., Anurie, Cylinder. 12. XII. Exitus durch Herzschwäche. Sektionsbefund: Ulc. pyl., diesen fast völlig stenosierend. Ca?? —. Schrumpfnieren. +.

Nr. 27. J.-N. 98/1909. Karl M., 23 J., cand. jur., Kiel. 16. III. bis 2. IV. 1909. Mit 13 J. zum ersten Male Schm. u. Erbr., dann be-

schwerdefrei bis v. 1/2 J.. Dann Bluterbr. u. Blutstühle. Int. Behdlg. o. Dauererfolg. Besonders krampfart. Schm. u. Bluterbr. i. l. Zeit. — Mittelgr. Mann i. leidl. Ernährungszustand. Abd. o. B.. Plätscherger., Blut +. Ges. Ac. 12, fr. Salzs. 3. 128 Pfd.. Op.: Magen stark dil.. Gr. Kurv. weit u. d. Nabel. Pyl. d. ein Ulc. d. Hinterwand u. starke Adhäs. fast vollkommen stenosiert. G. E. r. p. m. N.. N. d. Op. Bluterbr. u. Blutstühle. (Ulc.). Allmähliche H.. Bericht 1912: 147 Pfd.. Bei vorsichtigem Leben beschwerdefrei, ab und zu aber Schm. u. Erbr. II.

Nr. 28. J.-N. 195/1909. Peter E., 53 J., Landmann, Perketting/Alsen. Seit ca. 30 J. i. d. Magengegend Druck, seit einigen J. Aufst. u. Erbr., trotz vorsichtiger Lebensweise. Gewichtsabnahme. — Alter, magerer Mann. I. r. Epigastr. talergr., druckschmerzh. Res., 151 1/2 Pfd.. Ges. Ac. 75, fr. Salzs. 7, Blutpr. +. Op.: Magenwand hypertr., Gastroptose. Pyl. narbig verdickt. Perigastritis. G. E. r. p. m. N.. H. o. Z.. Nachuntersuchung 1912: Dauerndes Erbr., Magenspülungen. Magendil., 380 ccm Mageninhalt. Ges. Ac. 32, fr. Salzs. 20, Abflußhindernis der G. E.. IV.

Nr. 29. J.-N. 1209/1909. B., Ludwig Pr., 46 J., Kaufmann, Travemünde. 4. IX. 1909—14. I. 1910. Seit 6 J. Sodbrennen, saures Aufst., später Erbr. unverdauter Speisemassen. Nach Spülungen Erleichterung. Gewichtsabnahme v. 70 Pfd. i. d. letzt. J. — Mittelgr., gealterter Mann i. reduz. Ernährungszustand. Vitium cordis. U. d. l. Rippenbogen faustgr. Vorwölbung, druckschmerzh., kirschgr. Hernie oberhalb d. Nabels. Ges. Ac. 3, Salzsäure —. Op.: Hernia parumbilicalis. Zur vorderen Magenwand Adhäs.stränge. Mäßige Dil.. Pyl. verdickt, a. weich. Drüsen nicht Ca verdächtig. G. E. r. p. m. N.. Bronchitis. H. o. Z.. Bericht 1912: 185 Pfd., kann alle Speisen essen, voll arbeitsfähig. I.

Nr. 30. J.-N. 1274/1909. Louise B., 54 J., Arbeiterfr., Lehmberg. 14. IX.—22. X. 1909. Vor 20 J. Bluterbr.. I. Frühjahr 1909 neuer Anfall m. heft. Bluterbr. u. starken Schm.. — Blaß aussehende, kl. Fr. m. eingefallenem Leib u. fingerbr. Rectusdiastase. Epigastr. sehr druckempf.. Ges. Ac. 24, fr. Salzs. 16. Op.: Kl. Kurv. m. d. Leber verw.. Auf d. Magenserosa strahlige, weiße Narben. A. d. Verwachsungsstelle Geschwulst v. weicher Konsistenz. G. E. a. a. m. N.. H. o. Z.. Bericht 1912: 88 Pfd., Klagen über oftmaliges Auftreten v. Übelsein, nie Schm. o. Erbr.. Meidet schwere Speisen. II.

Nr. 31. J.-N. 1857/1909. K., Hans Pr., 30 J., Dr. med. Anstaltsarzt. Kropp bei Schleswig. 4. XII. 1908—29. I. 1909. Seit 6 J. kolikartige Schm. i. d. Gegend d. Gallenblase, immer häufiger auftretend. Lange erfolglos int. behandelt. Gewichtsabnahme. — Gesund aussehender Mann. 139 Pfd.. Gegend d. Gallenblase druckempf.. Op.: Gallenblase u. Pankreas o. B., Colon frei. Unterhalb d. Pyl. eine markstückgr. Ulcusinfiltration. Geringe Serosaverdickungen u. peri-

tonitische Veränderungen. G. E. r. p. m. N. u. Einlegung von 2 Glasdrains. N. d. Op. Circulus vitiosus. Spülungen. Abszeß d. Bauchwunde. Dann H. o. Z.. Bericht 1912: 20 Pfd. Gewichtszunahme. Ab u. zu Druckschm.. Meidet saure Speisen. Volle Arbeitsfähigkeit. I.

Nr. 32. J.-N. 2153/1909. Peter Sch., 65 J., Arbeiter, Hasselfelde. 31. I.—23. II. 1910. Seit 12 J. magenleidend. Schm. u. Erbr. n. d. E.. Unregelm. Stuhl. I. Erbr. Blut. Gewichtsabnahme. — Schlecht gen. M. m. leichter Arteriosklerose. Mäßiges Lungenemphysem. Magen dilat.. Deutl. Plätscherger.. R. Rectus gespannt u. druckempf.. Op.: Deutl. weißl. Narbe a. Pyl., diesen stark verengernd. G. E. r. p. m. K.. H. o. Z.. Abgang d. Knopfes n. beobachtet. Nachuntersuchung 1912: Klagen über Magensaftfluß. 120 Pfd.. Seit d. Op. Gewichtsabnahme. Paralysis agitans. Galle $\frac{1}{1}$, Schleim und Speisereste. Ges. Ac. 8. Leichte Beschw. mehr allgemeiner Art. II.

Nr. 33. J.-N. 825/1910. Frl. Dorothea St., 23 J., Stütze, Hamburg. 5. VII.—18. VIII. 1910. Vor $1^1/_2$ J. plötzlich Magenkrämpfe. Seit dieser Zeit Tag u. Nacht stechende Schm. i. Magen, bis i. d. Rücken ziehend. Saures Erbr. breiiger, auch blutiger Massen. — Mittelgr., bl. Mädchen i. schl. Ernährungszustand. Affectio apicis pulmonum d.. I. Epigastr. zw. Proc. xiph. u. Nabel druckschmerzh. Res., Ges. Ac. 27, fr. Salzs. 17: 87 Pfd.. Op.: Magen erweitert. Auf d. Vorderfl. d. Pyl. kl. rote Narbe, der linsengr. Geschwür auf d. Innenseite entspricht. G. E. r. p. m. N.. N. d. Operation Bluterbr., Sodbrennen, gr. Schwäche. Dann H. o. Z.. Nachuntersuchung 1912: Klagt über krampfartige Schm. u. über hin u. wieder auftretendes Erbr.. Gewabnahme v. 14 Pfd.. Gegend d. Pyl. druckschm.. L. v. Nabel ein kleinhandtellergr. Tumor v. weicher Konsist.. Magensaft: Schleimige, gallige Substanz, Speisereste. Blutpr. —. Ges. Ac. Verdacht auf Ulc. pepticum jejuni. IV.

Nr. 34. J.-N. 428/1910. Fritz D., 23 J., Knecht, Oederquart. 11. V.—4. VI. 1910. Seit Frühj. sich verschlimmerndes Druckgefühl u. saures Aufst.. Kein Erbr.. Seit ein paar Wochen bemerkt Pat. ein Knötchen i. Abd.. — Mittelgr., kr. M. I. Nabel bohnengr. Bruchpforte. Zwischen Nabel und Proc. xiph. kleine Hernia epigastrica. Op.: Präperitoneales Lipom. A. d. Hinterwand d. Pyl. bohnengr., hartes Ulc.. Verklebungen zw. Colon transv. u. Pyl.. Lösung d. Adhäs.. H. o. Z.. Bericht 1912: Gewicht 125 Pfd.. Geringe Gewabnahme. Volle Arbeitsfähigkeit. Pat. kann alle Speisen vertragen. I.

Nr. 35. J.-N. 1510 1910. Cathar. B., 55 J., Landmannstr., Schönhorst. 3. II.—1. XI. 1910. Seit vielen J. Schm., die i. d. l. 3 Wochen sehr stark geworden sind. Vor 14 Tagen Erbr. schwarzbr. Massen u. schwarzer Stuhl. — Blaß aussehend, i. mittl. Ernährungszustand. Unter d. Proc. xiph. handtellergr., druckemptdl. Res.. I. Stuhl Blut ++, Ges. Ac. 20, fr. Salzs. —. Op.: A. d. kl. Kurv. kl. Ulc.. A.

Pyl. alte Ulcusnarbe. G. E. r. p. m. N.. H. o. Z.. Bericht 1912: 114 Pfd.. Kann alles essen, ist voll arbeitsfähig. I.

Nr. 36. J.-N. K., Heinr. Pr., 55 J., Rektor, Kiel. 20. VII. bis 17. VIII. 1911. Seit J. Verstopfung. Seit $^1/_2$ J. Erbr. nach Gefühl der Völle. — Gering gen. Mann. Ges. Ac. 52, fr. Salzs. 34. Op.: Magen ziemlich gr., etwas hypertr.. Ulc. simplex d. Vorderseite d. Pyl. v. Markstückgr.. Serosa i. Bereich d. Ulc. verdickt. Starke Stränge zw. Colon transv. u. Bauchwand. G. E. r. p. m. N.. Circulus vitiosus. Op.: Zuführende G. E.-Schlinge sehr gespannt u. sichtlich erweitert, abführende Schlinge kollabiert. Enteroanastomose zw. zu- u. abführender G. E.-Schlinge. H. o. Z.. Bericht 1912: 30 Pfd., Gewichtszunahme. Volle Arbeitsfähigkeit, kann alle Speisen vertragen. I.

Nr. 37. J.-N. 1719/1911. Johanna H., 48 J., Arbeiterfr., Schönwalde. 16. X.—11. XI. 1911. 18 Mal geboren. Vor 24 J. Magenulc., Blutstuhl. Letzten Sommer Bluterbr., Schm. u. Abmag.. — Sehr blasse, abgem. Fr.. Magen o. B.. 97 Pfd.. Ges. Ac. 42, Salzs. 30, Blutpr. +. Op.: Starke Atrophie d. Leber m. Schnürfurche. Perihepatitis. Magen stark dil.. A. Pyl. Perigastritis u. Verwachs.. Mitte d. kl. Kurv. pfenniggr., weißl. Ulcusfläche. Excis. d. Ulc.. H. o. Z.. Arztbericht 1912: Pat. sehr kachektisch, dauernds bettlägerig. N. Ansicht d. Arztes: CA d. Magens. IV.

Nr. 38. J.-N. 2186/1911. Rudolf W., 38 J., Sattler, Uetersen. 11. XII. 1911—9. II. 1912. Nov. 1902 Erbr. v. Blut, ebenfalls 1905, desgl. 1906 u. 1907. Neue Anfälle 1909, 1910 u. 1911. Blutstuhl. Zuletzt Erbr. saurer Massen u. v. Blut. Arbeitsunfähigk.. Gr., blasser Mann i. mittl. Ernährungszustand. Magengegend druckschm.. Op.: Magen vergr.. A. d. kl. Kurv., nahe d. Cardia, Ulc. v. Fünfpfennigstückgr.. G. E. r. p. m. K. u. Excis. d. Ulc.. Wiederh. Blutungen, Pneumonie, dann H. o. Z.. Nachuntersuchung 1912: L. v. d. Mitte d. Narbe erbsengr., druckempfindlicher Knoten. Ab u. zu Magendrücken u. Aufst. nach schw., körperlicher Arbeit. Schm. auf Narbenbefund zurückzuführen. Starke Neurasthenie. 150 Pfd.. Ges. Acid. 12. Galle —, fr. Salzs. —. II.

Nr. 39. J.-N. 2786/1911. J.-N. 908/1907. Frieda B., Bootsmannsmaatenfrau, Flensburg. 21. II.—26. III. 1912. Magenleidend seit 1905. 1907 Behdlg. i. hiesiger Kl., darauf i. d. l. Kl. o. Dauererfolg. Schm., Aufst. u. Erbr., desgl. Stuhlverstopfung. — Etwas blasse, mittelgr. Fr. i. mäßigem Ernährungszustand. Druckempfindl. i. Epigastr., Schmerzpunkt 1 cm neben d. Nabel. 93 Pfd.. Ges. Ac. 62, Salzs. 32. Blutpr. i. Stuhl. +. Op.: Linsengr. Ulc. a. d. kl. Kurv.. Excis., Lösung perigastr. Verw. m. nachfolgender G. E. r. p. m. N.. H. o. Z.. Nachuntersuchung 1912: Ihre Leiden stark übertr. Pat., Klagen über Schmerzanfälle i. d. Magengegend. Untersuchung des Magensaftes wird verweigert. 105 Pfd. II.

Ulcusnarben und Adhäsionen.

Nr. 1. J.-N. 863/1899. Ida R., 33 J., Kiel. 4. IX.—6. IX. 1899. Seit 3 J. Magendr., Erbr., Stuhlverst., Kopfschm., Appetitlosigkeit. Früher einmal Magenbluten. Letzte Zeit dauernd Erbr.. Int. Behdlng. o. E.. Gewichtsabnahme. — Pat. i. reduz. Ernährungszustand. 5 cm v. d. Mittellinie ringf. Tumor druckschmerzhaft u. m. d. Atmung verschieblich. G. Ac. ++, fr. Salzs. +, Milchs. +. Ernährung subkutan. Op.: A. d. Vorders. d. Magens, dicht a. Pyl., dicke, derbe Narbe m. Adhäs. ans Netz. Pylorusres. u. G.E. r. p. m. N.. Exitus a. anderen Tage a. Schwäche. Sektionsprotokoll: Fettige Deg. d. Herzens. Starke Endarteriitis. Fett. Deg. d. Leber. Chronische Meningitis mit Hydrocephalus, Struma. +.

Nr. 2. J.-N. 681/1899. Christ. D., 48 J., Arbeiterwwe., Wunsdorf. 26. VII.—23. VIII. 1899. Seit 3 J. Schm., Aufst., Bluterbr., Blut im Stuhl. Jedes J. ein solcher Anfall. Int. Behdlg. v. vorüberg. E.. Etwas kachektisch aussehende Pat.. I. r. Epigastr. ger. Res.. 91 Pfd.. Fr. Salzs. +. Op.: Magen m. Unterrand d. Leber stark verw.. G.E. r. p. m. K.. Knopfabgang n. beobachtet. II. o. Z.. Vorstellung 1906: Gewicht 94 Pfd.. Beschwerdefr., ißt alles. Keine Ac.. I. Bericht 1912: Oft Schm. n. d. E. u. Erbr.. Muß Diät halten. Abflußhindernis? III.

Nr. 3. J.-N. 1164/1900. Sophie S., 53 J., Fuhrmannsfr., Grube. 22. XI. 19. XII. 1900. Seit 8 J. Magenkrämpfe, Schm. und Erbr. bitterer Massen. Schwächl. Fr., Abd. leicht aufgetr., Plätscherger.. 103 Pfd.. Fr. Salzs. +. Op.: Colon transversum bis z. Symphyse reichend. Flexura coli d. sehr mobil, ebenso Cöcum m. d. langen Proc. verniformis. Resekt. desselben. Pyl. kontrahiert. A. d. Hinterw. d. Magens starke Verw.. G.E. r. p. mit K.. Nachuntersuchung 1906: Selten Erbr.. Keine gröb. mot. Störungen. Ges. Ac. 6. Bericht 1912: Nicht voll arbeitsfähig, meidet schwere Speisen. 120 Pfd. II.

Nr. 4. J.-N. 1369/1900. Anna R., 47 J., Malersfr., Neumünster. 15. I.—15. II. 1901. Vor 3 J. gallenstein- u. magenkr.. Bluterbr.. 1 J. beschwfr.. I. letzten J. regelmäßig Erbr. n. d. E., nach vorausgegangenen Schm.anfällen. Int. Behdlg. erfolglos. — Kl., magere Fr. m. schl. Bauchdecken. Magen b. z. Symphyse reichend. Plätscherger.. Starke Retentionen. Ges. Ac. 18, fr. Salzs. +. Op.: Magen enorm dilat.. Oberflächl. Adhäs. a. Pyl.. Starke Stränge u. Verw. i. d. Geg. d. Gallenblase. G.E. r. p. m. K.. Abgang d. K. nach 15 T.. II. o. Z.. Vorstellung 1906: 116 Pfd.. Keine mot. Störung. Ges. Ac. 10. II. Nachuntersuchung 1912: 105 Pfd.. Magen nicht mehr bis zur Symphyse reichend. Retention aber noch vorhanden, ebenso Atonie. Ges. Ac. 14, fr. Salzs. —, Galle ++. III.

Nr. 5. J.-N. 556/1901. Julius S., 21 J., Landmann, Groß-Heide. 3. VI.—9. VII. 1901. Seit mehreren J. Beschw.. Seit 14 T. Erbr. aller gen. Speisen. Int. o. E. behandelt. — Sehr schwacher Mann. Vitium cordis. Abd. überall Druckschm., bes. i. d. Gegend d. Duo-

denums. Ges. Ac. 35, fr. Salzs. +. 44 kg. Op.: Magen nicht dilat., einige flache Narben; v. Pyl. auf d. Duodenum ziehend ca. 4 cm lange Narbe. Reichl. Adh. a. d. Rückwand d. Magens. G. E. r. p. m. K.. Knopfabgang nicht beobachtet. Nachuntersuchung 1906: Zeitweise Schm. i. Frühjahr u. Herbst. 134 Pfd.. Mot. gut. Bericht 1912: 132 Pfd.. Ab. u. zu Magendruck u. Erbr.. Bei vorsichtiger Lebensweise volle Arbeitsfähigkeit. II.

Nr. 6. J.-N. 959/1901. Magdalene F., 53 J., Arbeitersfr., Kiel. 24. IX.—19. X. 1901. Seit 8 J. Schm. i. Leib, Erbr. u. Aufst.. I. d. letzten 3 Wochen Verschl. d. Leidens. V. d. med. Kl. z. Op. überwiesen. — Magere Fr., Struma. Vitium cordis, Abd. schlaff. Gr. Kurv. 4 Finger breit u. d. Nabel. I. d. Pylorusgegend druckempfindl. Wulst. Ges. Ac. 146, fr. Salzs. +. 94 Pfd.. Op.: Magen dilat. Strahlige Narbenplatte d. Magens. G. E. r. p. m. K.. Nach Op. häufig Erbr.. N. 28 Tagen Knopfabgang. H. o. Z.. 1906: wegen Gallenst. Cystektomie. Appendektomie. Arztbericht 1912: Vor 2 J. ist Pat. a. einer Lebererkrankung gestorben. Bei Palpation war Leber höckerig. Diagnose unklar. III.

Nr. 7. J.-N. 1200/1901. Gabriel L., 34 J., Emailliermeister, Lübeck. 11. X.—14. XII. 1901. Seit 11 J. Schm. i. Rücken, dann i. d. Magengegend. Selten Erbr., 1900 Gallensteinop.: Gallenbl. u. Pyl. durch starke Adhäs. verw., Pyl. verengert. Lösung d. Verw.. Seit kurzer Zeit a. wieder d. alten Beschw.. — Mäßig ern. Pat.. Faustgr. Narbenhernie, i. d. Mittell. 3 Finger br. ü. d. Nabel druckschmerzh. Stelle. Retention. 57½ kg, fr. Salzs. ++. Op.: Netz m. d. alten Narbe verw.. A. vorderer Magenwand Verw. z. nicht verd. Pyl. u. Gallenbl., G. E. r. p. m. N.. 1906: Gutes Resultat. 1910: Relaparotomie. Magen durch br. Adhäs. gegen das Duodenum hinabgezogen, m. präpylor. Teil a. d. vord. Bauchwand fixiert. Knapp oberhalb d. Anastomose stenosierendes Ulc.. Seitwärts d. alten neue G. E. r. p. m. N.. Bericht 1912: Ab u. zu Erbr.. Da i. Rußland wohnend, konnte Pat. nicht bestellt werden. III.

Nr. 8. J.-N. 251/1902. Luise St., 27 J., Köchin, Großniendorf. 21. IV.—21. V. 1902. Seit ½ J. Schm. n. d. E. i. d. r. Bauchseite. Oft Bluterbr.. Durchgängigkeit nur dünner Speisen. Int. Behdlg. o. E.. — Gesund ausseh. Pat.. Pylorusgegend druckempfindlich. Ges. Ac. ++, fr. Salzs. —. 99 Pfd.. Blutpr. + i. Erbr.. Op.: Magen etwas vergr. u. gesenkt. A. Pyl. narbige Res., Perigastritis. G. E. r. p. m. K.. Vorstellung 1906: Magenschm. wie vor d. Op.. Oft Bettlägerigkeit. 110 Pfd.. IV. Nachuntersuchung 1911: Höchst nerv. u. hysterische Pat.. Magenzustand hat sich nach Aussage d. Pat. gebessert. 56 kg. Ges. Ac. 12, fr. Salzs. +. Die 1902 bezogene Rente wird entzogen. II.

Nr. 9. J.-N. 327/1902. Theodor E., 56 J., Landmann, Marne. 5. V. 24. V. 1902. 1899 wegen hochgr. Gastrektasie infolge Pylorusstenose d. Ulc. rotundum Pyloroplastik. Seit 1¼ J. wieder

Magenbeschw.: Gefühl d. Völle. Narbenschm. Nach Spülungen Erleichterung. — Gut gen. Pat.. I. r. Epigastr. umschriebene druckempfindl. Res.. Gr. Kurv. 3 Querfinger u. d. Nabels. Ges. Ac. 40, fr. Salzs. 15. 146 Pfd.. Op.: Magen stark dilat., Pyl. konzentr. verengert G. E. r. p. m. K., Broncho-pneumonie. H. o. Z. Nachuntersuchung 1906: — $3^1/_2$ J. Wohlbefinden, dann Druckgefühl, Schm. u. Erbr., G Ac. 65. Schl. Befinden. 1909 abermalige G. E. r. p. m. N.. Die alte Anastomose d. Ulc. total stenosiert. Bericht 1912: 154 Pfd.. Volle Arbeitsfähigkeit, kann alles essen. I.

Nr. 10. J.-N. 599/1902. Josef B., Schiffsbautechniker, Kiel. 31. VI.—26. VII. 1902. Seit 10 J. Druck i. d. ob. Bauchgegend. Nach int. Behdlg. beschwerdefr. 2 J. lang. Dann d. alten Beschw.. I. d. letzten J. Gewichtsabnahme v. 56 Pfd.. Schwäche. — Pat. i. sehr reduz. Ernährungszustand, Druckschmerzhaftigkeit u. strangartige Res. i. d. Gegend d. Pyl.. Gr. Kurv. 4 Finger br. u. d. Nabels. 112 Pfd., fr. Salzs. schwach. 1902 G. E. r. p. m. N., 1907 wegen G. E.-Verschluß durch Schrumpfung. G. E. a. a. m. N.. Bericht 1912: Ab u. zu Schm.. Kann fast alle Speisen vertragen. 136 Pfd. II.

Nr. 11. J.-N. 744/1902. Annamarie A., 57 J., Wwe., Apenrade. 22. VII.—14 VIII. 1902. Vor 10 J. Magenulc.. Durch int. Behandl. H.. Seit 2 J. Schm., Erbr., Aufst. u. Kollern i. Leib. Obstipation. Int. Behdlg. erfolglos. Anämische Fr. i. red. Ernährungszustand. Gastrektasie u. Gastroptose. Gr. Kurv. 4 Finger breit u. d. N.. Salzs. schwach +. Op.: St. Verw. zw. Leber u. Peritoneum par., desgl. zw. Leber u. Pyl., Magen u. Pyl. selbst o. B.. G. E. r. p. m. K.. Knoptabgang nach 15 T.. H. o. Z.. Arztbericht 1912: Bis zum Frühjahr 1908 gutes Befinden. Exitus an Meningitis. I.

Nr. 12. J.-N. 1407/1902. Heinrich W., 40 J., Arb., Göthendorf. 22. XI. 1902 –13. II. 1903. Seit über 7 J. zeitweise Blutungen. Bei Spülungen heft. Blutungen, wiederholt i. d. l. Monaten aufgetreten. Pat. i. red. Ernährungszustand. Puls kl., Leib aufgetr. u. überall druckempf.. Dämpfung i. Hypogast. u. d. seitlichen Part. d. Abd.. Plätscherger.. Heft. Bluterbr.. Op: Enorm dilat. Magen. Pyl. durch zahlreiche Verw. m. d. Umgebung sten.. G. E. r. p. m. K.. Bauchdeckenabszeß. Dann H. o. Z.. Vorstellung 1906: Noch 3 mal heft. Koliken, aber nie Erbr.. 128 Pfd.. Pat. fühlt sich elend. Arztbericht 1912: Exitus nach vorausgeg. Kolikanfällen durch Koterbrechen. IV.

Nr. 13. J.-N. 1191/1901. Maria R., 53 J., Schneiderfr., Großbuchwald. 18. XI. 1901 – 10. II. 1902. Seit d. 15. Lebensj. Schm. u. Erbr., Stuhlobstipation. Wegen Pylstenose 1898 Pyloroplastik. Damals Ulc. call. von Fünfmarkstückgr. a. Pyl. m. d. Leber verlötet. 1 J. lang gutes Befinden. I. l. Zeit wieder heft. Schm. i. immer kürzeren Intervallen, Erbr. u. Aufst., Gewichtsabnahme. — Im Epigast. glatte Operationsnarbe. Gr. Kurv. 4 Querfinger br. u. d. Nabel. l. d. Pylorusgegend Tumor palpabel. Starke Retention. Fr. Salzs.

Ges. Ac. schwach +, 70 Pfd., Ren. mob. dext.. Op.: Leber m. st. Adhäs. a. d. Bauchdecken u. d. Magen fixiert. Verw. zw. Magen u. alter Operationsnarbe. Lösung der Adh., G. E. r. p. m. K.. Ab u. zu Erbr. p. op., Spülungen. Plötzl. Circulus vit., Enteroanastomose d. G. E.-Schlingen. Abführender Schenkel d. G. E. durch adhäs. Peritonitis m. d. Magen verb. u. abgeknickt. Anastomose gut funktionierend. H. o. Z.. Nachuntersuchung 1906: Seit 1905 beschwerdefrei. 92 Pfd.. Keine gr. mot. Störungen. II. Bericht 1912: 92 Pfd.. Zuweilen Schm. u. Erbr. n. d. E.. Bei vorsicht. Leben volle Arbeitsfähigkeit. II.

Nr. 14. J.-N. 618/1903. Elisabeth F., 28 J., Krankenpflegerin, Kiel. 1. VII.—31. VII. 1903. Seit 5 J. ungefähr jährlich 5—6 Wochen lang andauernde Magenkoliken. Gew.abnahme 11 Pfd.. Schm. u. Erbr.. — Graz. Mädchen i. mittl. Ernährungszustand. I. d. Pylorusgend weiche, ewnig druckempf. Res.. Ges. Ac. u. fr. Salzs. +, 103 Pfd.. Op.: Magen dilat.. A. d. Hinterwand d. Magens perigast. Adhäs., G. E. r. p. m. N.. Nach anfängl. Erbr. H. o. Z.. Bericht 1906: Oft Erbr.. Bleichsüchtig. Herabgesetzte Arbeitsfähigkeit. Arztbericht 1912: Sehr oft Erbr., heftige Schm.. Nicht mehr arbeitsf.. Abflußhemmung. IV.

Nr. 15. J.-N. 902/1903. Heinrich Sp., 34 J., Arb., Loop b. Einfeld. 31. VIII.—1. X. 1903. Seit 13 J. nach Sturz Magenbeschw.. Häufiges Erbr.. Nach int. Behdlg. II.. Neuer Sturz — Schädelfraktur — Neigung zu heft. Erbr. u. Schm.. Int. Behdlg. o. E.. — Pat. i. mittl. Ernährungszustand. I. l. Hypoch. tymp. Schall u. Plätscherger., 52 kg. Ges. Ac. 80, fr. Salzs. 12. Op.: Magen gr. u. dickw.. Verwachsungen. G. E. r. p. m. K., H. o. Z.. Nachuntersuchung 1906: ½ J. p. op. Schm. u. Erbr., Stuhlverhaltung. Ges. Ac. 60, Salzs. + +, IV. Nachuntersuchung 1912: Seit d. I. Op. dauernd Krankenhausbehdlg.. 1910 Enteroanastomose wegen G. E.-Verschluß d. kl. Ulc. i. zuführenden Ileumschenkel. Ges. Ac. 80, fr. Salzs. 10. 100 Pfd.. Keine Besserung. G. E.-Verschluß. IV.

Nr. 16. J.-N. 1190/1903. Emma Ch., Schlächtersfr., Sörupmühle bei Schleswig. 5. XI.—30. XI. 1903. Seit 7 J. Schm., Aufst., Erbr., Stuhlverht.. Gewichtsabn. i. letzt. Z.. — Kräft., etw. anämische Pat.. Untere Magengr. handbreit u. d. Nabel. Plätschern. Druckempfindl., harte Geschw. i. Pars. pyl., Schnürleber. Ges. Ac. 34, Salzs. —. Op.: Ger. Gastroptose u. Dilat.. Pyl. stark narbig verändert. Perigastr. Adhäs., G. E. r. p. m. N.. In der Gallenblase kleine Steinchen. H. o. Z.. April 1904 Gallensteinop.. Sehr gutes Befinden 1905. Arztbericht 1912: Exitus 1910 an Darm u. Leberca. aber o. Mitbeteiligung d. Magens? IV.

Nr. 17. J.-N. 992/1904. Wilhelm R., 38 J., Kaufmann, Kiel. 22. IX.—14. X. 1904. Seit diesem J. starkes Bluterbr. u. Magenschm.. I. letzter Zeit jeden Morgen Bluterbr.. — Kräft. Mann, Abd. weich. Keine Res. od. Tumor. Op.: Zu derber Narbe a. d. kl. Kurv. zieht

derber Peritonealstrang. G. E. r. p. m. N., 31 Tage n. d. Op. laut Arztbericht a. Peritonitis. Exitus. Sektionsbefund: Gr. perforiertes Geschw. d. kl. Kurv.. IV.

Nr. 18. J.-N. 1056/1904. Emma R., 24 J., Köchin, Lensahn. 5. X.—29. XI. 1904. Seit 4—5 J. Schm. n. d. E., Erbr., Appetitlosigk., Schwindelgefühl u. Mattigkeit. Einmal Blut i. Erbr.. I. l. Zeit Häufung d. Beschw.. — Pat. i. reduz. Ernährungszustand. Vitium cordis. Abd. i. d. Nabelgegend vorgewölbt. Gr. Kurv. 4 Querfinger br. u. d. Nabel. Op.: Magen mäßig dilat., m. einigen Strängen a. d. kl. Kurv. a. d. Peritoneum par. verlötet. Ulc. nicht sichtbar. G. E. r. p. m. N.. H. o. Z.. Vorstellung 1906: Wechselndes Befinden: 86 Pfd., Ges. Ac. 40, Galle +. Bericht 1912: Sehr selten Schm. u. Erbr., 96 Pfd.. Volle Arbeitsfähigkeit. I.

Nr. 19. J.-N. 1209/1904. Heinrich M., 30 J., Kutscher, Schweizerthal bei Kiel. 9. XI.—17. XII. 1904. Seit 12 J. Schm. i. d. Magengegend. Aufst., Erbr. u. Sodbrennen. Verschiedentlich int. Behdlg.. Blaß aussehender Mann. U. d. Proc. xiph. Schmerzhaftigkeit. Platschern. Schlechte Motilität. Ges. Ac. 18, fr. Salzs. 12. Op.: Magen klein infolge v. perigastr. Verw. u. Adhäs.. Netz a. Magen fixiert. Pyl. verdickt u. narbig. G. E. r. p. m. N.. Blutungen p. op.. Dann H. o. Z.. Vorstellung 1906: Diät nötig. Mit Unterbrechungen zu leichter Arbeit fähig. Epilepsie. III. Bericht 1912: Seit 1906 3 Anfälle von Bluterbr.. Nach int. Behdlg. H.. Nach schweren Speisen Schm.. Volle Arbeitsfähigkeit, 140 Pfd. II.

Nr. 20. J.-N. 1237/1904. Martha T., 16 J., Dienstmädchen, Neumünster. 16. XI.—11. XII. 1904. Nach Salzsäurvergiftung heft. Schm. i. d. Magengegend. Bluterbr. 9 Tage n. d. Veratzung. Gefühl d. Völle., schließl. dauernd Erbr., Kochsalzinfus.. — Zum Skelett abgemag. Pat., 48 Pfd.. Keine Cardiastenose. Erbr. schwach sauer. Op.: Magen auffallend kl.. I. d. Pyl.gegend derbe Narbe. G. E. r. p. m. K., Knopfabgang nach 25 Tagen. H. o. Z.. Vorstellung 1906: Stets arbeitsfähig u. beschwerdefr., 100 Pfd.. I. Bericht 1912: Vollständige Arbeitsfähigkeit, k. Diät. 103 Pfd. I.

Nr. 21. J.-N. 149/1905. Claus St., 65 J., Dachdecker, Großstedterfeld b. Neumünster. 4. IV.—29. IV. 1905. Seit Januar Druck i. d. Magengegend n. d. E., Gefühl der Völle u. Aufst., Schm. beim Bücken. Int. Behdlg. o. Dauererfolg. — Gut genährter Mann. Platschern. Magendilat., Ges. Ac. 28. fr. Salzs. 1, Milchs. —. Op.: I. d. Pyl.gegend narb. Striktur v. Bohnengr.. Ausgedehnte Verw. zw. Mesocolon u. Serosa d. Magens. G. E. r. p. m. N.. Anfänglicher Kollaps, dann H. o. Z.. Vorstellung 1906: Ger. Schm., 141 Pfd. II. Bericht 1912: Ab u. zu Schm. Niemals Erbr., Diät. 138 Pfd. II.

Nr. 22. J.-N. 773/1905. Claus M., 55 J., Landmann, Friedrichsanbau b. Schleswig. 5. VIII.—27. VIII. 1905. Seit etwa $1^1/_2$ J. Schm., Gefühl d. Völle n. Nahrungsaufnahme. Beschw. bes. heftig n. körper-

licher Arbeit. Künstl. herbeigeführtes Erbr. bringt Erleichterung. Int. behandelt. Obstip.. — Schlecht. Ernährungszustand. Abd. druckempfindl.. Gr. Kurv. handbreit u. d. Nabel. Plätschern. Schl. Mot.. Ges. Ac. 37, fr. Salzs. +, 101 Pfd.. Op.: Starke ausgedehnte Perigastritis d. enorm dil. Magens. A. Pyl. tumorartige Verdickung u. schwartige Auflagerungen. G. E. r. p. m. N., H. o. Z.. Bericht 1908: N. d. Op. Gew.zunahme. Ges. Ac. 75, Salzs. +, Galle +, 145 Pfd.. Bericht 1912: Kann alle Speisen vertragen, ist voll arbeitsfähig. Gewicht 127 Pfd. I.

Nr. 23. J.-N. 1001/1905. Ferd. B., 24 J., Bäckergeselle, Kiel. 23. IX.—19. X. 1905. Seit 12 J. Gefühl der Völle n. d. E., Aufst., Sodbrennen u. Erbr.. I. Erbr. Blut. Nur flüssige Nahrung. Int. behandelt. — Elend aussehender Pat.. Ger. Druckschmerzhaftigkeit zw. Proc. xiph. u. Nabel. Magen rechts erweitert. Retention. Ges. Ac. 76, fr. Salzs. +, 93 Pfd.. Op.: A. d. Hinterwand d. Pyl. starke Adhäs. u. Schrumpfungen. G. E. r. p. m. N.. Nach anfänglicher Gew.zunahme v. 15 Pfd. Entwicklung einer Anämie v. 22 Wochen Dauer. 1912 a. Fleischvergiftung Exitus, fühlte sich aber vorher, was den Magen anbetrifft, wohl. I.

Nr. 24. J.-N. 1180/1905. Siehe Text Seite 22.

Nr. 25. J.-N. 1497/1905. Joachim St., 49 J., Arb., Kleinwesenberg. 13. XII. 1905—9. I. 1906. Vor 1 J. zw. 2 Puffern v. Eisenbahnwagen Quetschung d. Brustgegend. Einige Wochen später Blut i. Stuhl. Sept. 1904 Blutung (Ohnmacht). Dauernde Mattigkeit u. Gewichtsabnahme, int. Behdlg. o. E.. — Magerer Mann i. ziemlich reduz. Ernährungszustand. I. Nabelhöhe l. v. d. Mittellinie schmerzh. Res.. Ges. Ac. 12, fr. Salzs. —, Milchs. +, 115 Pfd.. Op.: Magen dickwandig u. etwas dilat., Pyl. v. Adhäs. umgeben. G. E. r. p. m. N., H. o. Z.. Vorstellung 1906: Arbeitsunfähigkeit trotz geringer Besserung. 112 Pfd.. Mot. Funktion d. Magens beeinträchtigt. Ges. Ac. 22. IV. Nachuntersuchung 1912: 108 Pfd., Schm. n. d. E.. I. d. Narbe i. unteren u. mittl. Drittel Hernien, wesentlich z. d. schl. Befinden beitragend. Ges. Ac. 5, fr. Salzs. —, Galle + +. IV.

Nr. 26. J.-N. 380/1906. Anna U., 66 J., Arbeiterfr., Balje. Vor 9 J. kolikartige Schm. anfallweise, v. häufiger Wiederholung. Stuhlverstopfung u. tägl. Erbr.. Vor 6 J. int. behandelt. Zuletzt Bluterbr.. — Schlecht gen. Fr., Abd. stark aufgetr.. Druckempfindlichkeit d. Epigastr.. Ges. Ac. 70, fr. Salzs. +, Milchs. +, 80 Pfd.. Op. i. Lokalanästhesie: Pyl. d. alte Ulcusnarbe verengt. Starke perigastr. Verw., aber v. Magen k. Beschwerden. I.

Nr. 27. J.-N. 720/1906. Otto O., 27 J., Arb., Sophienhöhe b. G. E. r. p. m. N.. Bericht 1912: 90 Pfd., k. Diät. Etwas altersschwach, Kiel. Seit 1 J. Gefühl d. Kollerns im Magen n. d. E.. In letzter Zeit Erbr.. Wegen Pylorusstenose int. behandelt. — Gut gen. Mann. Starke Peristaltik. Starke Retention. Fr. Salzs. i. Magensaft + +,

128 Pfd.. Op.: A. Pyl. deutl. Narbe fühlbar. Derb. u. kallös.: Magen erweitert, Muscularis hypertrophiert. G. E. r. p. m. N.. Bericht 1912: 128 Pfd.. Meidet zu schwere Speisen, z. B. Schwarzbrot. Kann schw. körperl. Arbeit leisten. II.

Nr. 28. J.-N. 835/1906. August H., 52 J., Arb., Lübeck. 1. VIII. 1906—1. I. 1907. Schon lange magenleidend. In d. inneren Kl. wegen Pylorusstenose vorbehdlt.. Op.: Verdickungen u. Adhäs. d. Pyl., G. E. r. p. m. N.. N. d. Op. keine Stenoseerscheinung. H. o. Z.. Bericht 1912: Gewicht 80 kg, k. Diät, voll arbeitsfähig. I.

Nr. 29. J.-N. 846/1906. Heinrich B., 45 J., Mälzereiarb., Elmshorn. 3. VIII.—14. IX. 1906. Seit 12 J. Schm., Stuhlverstopfung u. Erbr.. Int. behandelt wegen Bluterbr.. Dort Ges. Ac. 98, Salzs. 40. V. d. med. Kl. z. Op. geschickt. — Mittelgr. Mann i. reduz. Ernährungszustand. Gr. Kurv. 4 Querfinger u. d. Nabels. Druckempfindlichkeit u. Plätschern i. Epigast.. Ges. Ac. 95, fr. Salzs. +, 54 kg. Op.: A. vord. Magenwand gr. kall. Narbe nach d. Pyl. ausstrahlend. G. E. r. p. m. N.. N. d. Op. durch Ditäfehler Erbr. gall. Massen. Dann H. o. Z.. Bericht 1912: Letztes Jahr viel Durchfälle, Gewichtsabnahme. Kann aber alle Speisen essen, voll arbeitsfähig. I.

Nr. 30. J.-N. 1353/1906. Heinrich K., 60 J., Arb., Lübeck. 2. XI. 1906. Pat. gibt Trunksucht zu. Seit 1½ J. Völlegefühl u. nachfolgendes Erbr., int. behandelt. Vor 1½ J. Apoplexie. — Magerer Mann. Magen 4 Querfinger br. u. d. Nabel. Plätschern. Salzs. + —. Dauerndes Erbr.. Op.: Starke Dilat. d. Magens. Narbige Pylorusstenose. A. d. Vorderfl. d. Magens starke Adhäs. G. E. r. p. m. N.. Nach d. Op. Aufst. u. Erbr.. Infusion. Abends Exitus. Sektionsbefund: Stark dilat. Magen. Gr. Kurv. 37 cm. Im Pyl., der verengt ist, narb. Ulc.. +.

Nr. 31. J.-N. 2094/1906. Heinrich St., 45 J., Bohrer, Kiel. 25. IV.—21. V. 1906. Seit der Kindheit Druck n. d. E., Sodbrennen, saures Aufst. u. häufiges Erbr.. — Leidlich gen., kräftiger Mann. Ges. Ac. 55, Salzs. +. 58 kg. Op.: Magen gr. u. dickwandig. I. Pyl. starke Injektion d. Serosa. Auf d. Vorderseite d. Pyl flächenhafte, etwas derbe Serosanarbe. I. d. Mitte d. kl. Kurv. 3 cm lange Ulcusnarbenplatte. G. E. r. p. m. N.. H. o. Z.. Bericht 1912: K. Schm. o. Erbr.. K. Diät. Voll arbeitsfähig. 71½ kg. I.

Nr. 32. J.-N. 948/1907. Mathilde P., 37 J., Malersfr., Kiel-Gaarden. 6. VIII.—3. IX. 1907. Pat. hat 17 Mal geboren. Seit 7 J. Druckgefühl i. d. Magengegend. Seit 4 Wochen fast tägl. Erbr.. I. letzten Wochen Gew.abnahme v. 15 Pfd.. Grazil geb., sehr abgem. Fr., Vitium cordis. Gr. Kurv. d. Magens handbreit u. d. Nabel. Plätschern. Pyl. druckempfindlich. Ges. Ac. 42, fr. Salzs. —. Op.: Magen sehr gr. u. gesenkt. I. Duoden. Narbe nahe Pyl., dieser selbst frei. G. E. r. p. m. N.. H. o. Z.. 1912: Pat. nicht zu ermitteln.

Nr. 33. J.-N. 2173/1907. Christian T., 46 J., Arb., Wintershagen.

17. II.—9. III. 1908. Seit 30 J. Magenbeschwerden, besonders nachts. Nach künstl. Erbr. Erleichterung. Blut i. Erbr.. — Gesund aussehender, etwas abgem. Mann. Gr. Kurv. $4^1/_2$ Querfinger breit u. d. Nabels. Plätschern. Blutpr. i. Stuhl u. Mageninhalt +. Op.: Pyl. trichterförmig eingezogen durch Perigastritis, zirkuläre Narbe a. Pyl., diesen verengernd. G. E. r. p. m. K.. Knopfabgang nach 19 T.. H. o. Z.. Bericht 1912: 124 Pfd., ab u. zu Magendruck. Diät. Alle Arbeit mit Ausnahme v. schw. Tragen kann Pat. leisten. II.

Nr. 34. J.-N. 528/1908. Rudolf H., 39 J., Arb., Hamdorf, Kr. Segeberg. Seit etwa 10 J. Schm. i. d. Magengegend, bes. n. d. E. Aufst., Stuhlverstopfung. I. vergangenen Winter 48 Pfd. Gew.abnahme. I. l. Zeit häufiger Schm.. — Kräftig geb., stark abgem. Mann. I. l. Hypochondrium u. d. Rippenbogen druckempfindl. Res., Ges. Ac. 58, Salzs. 25. Blutpr. —, 57 kg. Op.: A. d. Hinterseite d. Magens zehnpfennigstückgr., alte Ulcusnarbe. G. E. r. p. m. N.. H. o. Z.. Bericht 1912: 134 Pfd.. Mitunter Druckschm. n. d. E.. Kann alle Speisen essen, fast voll arbeitsfähig. II.

Nr. 35. J.-N. 66/1908. Antonie F., 45 J., Arbeiterfr, Elmshorn. 21. XI.—21. XII. 1908. Seit 10 J. Magenbeschw., vor 4 J. Magenblutungen. Seit 1 J. fast ständig Erbr. n. d. E. u. heftige Schm.. — Bl. Fr. v. mittl. Ernährungszustand. I. d. Pyl.gegend kl. derber, n. druckempfindl. Tumor fühlbar. Stuhlblutpr. o. Ges. Ac. 30, fr. Salzs. 14, 58 kg. Op.: Pyl. breit m. d. Leber verw.. Kl., derbe Narbe vorne a. d. Pyl.. G. E. r. p. m. N.. Leichte Pleuritis exsud. a. Tage n. d. Op. linksseitig. Leichte Thrombophlebitis. Dann H. o. Z.. Bericht 1912: Stuhlverstopfung. Manchmal tagelang Schm.. Diät. 108 Pfd. III.

Nr. 36. J.-N. 2325/1908. Sophie H., 49 J., Landmannsfr., Lilienthal. 28. II.—30. III. 1908. Als junges Mädchen mehrere J. lang Magendrücken n. d. E.. Alle paar J. Wiederholung. Vor 8 J. Blutstuhl. Nov. 1908. Schm. u. Magendrücken n. d. E., auch Erbr.. Letzte Zeit Gew.abnahme v. 26 Pfd.. — Enorm abgem., schw. Fr.. U. d. r. Rectus harter, wallnußgr., druckempfindl. Tumor. 86 Pfd., Ges. Ac. 16, fr. Salzs. —. Ren mobilis dext.. Op.: Am Pyl. narb. Veränderungen u. Verengerung. G. E. r. p. m. K.. H. o. Z.. Bericht 1912: 110 Pfd., k. Diät, volle Arbeitsfähigkeit. I.

Nr. 37. J.-N. 601/1909. Karl Sch., 40 J., Landmann, Wlissenroß b. Ulsby. 6. VI.—6. VII. 1909. 1891 heftig magenkr., ebenfalls 1895. Seit 2 J. dauernd Schm., 4 Stunden n. d. E., dann Erbr. gr. Mengen. Nervosität. Gew.abnahme v. 30—40 Pfd.. Int. behandelt. Mittelgr. Mann. Gesundes Aussehen. Mäßiges Lungenemphysem. Ges. Ac. 50, fr. Salzs. 31. Op.: Magen gr. m. hyperplastischer Muskulatur. A. Pyl. Ulcusnarbe v. Einpfennigstückgr.. Pyl.lumen für Bleistift durchgängig. Massenh. Adhäs. zw. Colon ascendens, Colon transv. u. Netz, zw. Mesocolon u. hinterer Bauchwand. Lösung der

Adhäs. G. E. r. p. m. N.. Bericht 1912: Gew.zunahme v. 40 Pfd., 170 Pfd.. K. Diät, völlige Arbeitsfähigkeit. I.

Nr. 38. J.-N. 1203/1909. Heinrich R., 38 J., Schuhmacher, Kiel. 13. IX.—14. X. 1909. Seit 14 T., besonders n. d. E., druckart. Schm. i. d. Magengegend, st. Aufst. u. Erbr.. Nach Genuß v. Fleisch u. Schwarzbrot Verschlimmerung. I. letzten 2 Wochen Gew.abnahme v. 10—15 Pfd.. — Blaß aussehender Mann. Über d. Lungen l. Dämpfung. R. u. Bauchseite druckempfindl.. I. r. Epigastr. fünfmarkstückgr., schmerzh. Res,. Blutpr. i. Stuhl +, Ges. Ac. 20. Salzs. +, 49½ kg. Op.: Perigastritis. Pyl. verdickt, aber gut durchgängig. Zw. mittl. u. unterem Drittel Magenfundus d. Narbengewebe etwas eingezogen. G. E. r. p. m. K.. Erbr. galligen u. blutigen Mageninhalts. N. Spülungen. H. o. Z.. Bericht 1912: 74 kg. K. Diät. Volle Arbeitsfähigkeit. I.

Nr. 39. J.-N. 2044/1909. Julius R., 46 J., Schuhmacher, Barmstedt. 15. I.—17. II. 1909. Seit J. Druck i. d. Magengegend. Aufst., reichl. Erbr. u. Gefühl d. Völle. — Mittelgr. Mann, leidlich ernährt. Abd. aufgetr.. R. v. Nabel unbestimmte Res.. Deutl. Plätschern. Gr. Kurv. d. dilatierten Magens handbr. u. d. Nabel. Ges. Ac. 75, fr. Salzs. 50, 107 Pfd.. Op.: Massenhafte Adhäs. d. Därme. Magenhypertrophie u. Dilatation. Pyl. stark verengt. A. Duodenum gleich h. d. Pyl. bleistiftdicker Strang, i. starke flächenh. Adhäs. eingebettet. Derbe, flächenhafte, narbige Infiltration a. d. Hinterwand d. Pyl.. Bild einer früher überstandenen schweren, alten Peritonitis. G. E. r. p. a. a.. Nachuntersuchung 1912: Klagen über Brennen u. Stechen alle 2—3 Wochen. Beschw. durch Blähungen. 130 Pfd., Arbeitsfähigkeit beträchtl. gehoben. Ges. Ac. 57, fr. Salzs. 0, Galle +. II.

Nr. 40. J.-N. 2201/1909. Wilhelm Gr., 52 J., Schmied, Kiel. 5. II.—23. II. 1910. Vor 9 J. Magenblutungen. Damals Schm., selten aber Erbr., i. Stuhl Blut. Seit 8 Wochen heft. Magenschm. n. d. E.. Schwarzer Stuhlgang. Int. behandelt wegen starker Magenblutung. Gr. Ac., Gew.abnahme v. 24 Pfd.. Pat. i. reduz. Ernährungszustand u. kachektischem Aussehen. Ger. Druckempfindlichkeit i. Epigastr.. Ges. Ac. 41, fr. Salzsäure 8, Blutpr. i. Erbrochenen +, 152 Pfd.. Op.: A. d. kl. Kurv. kl. Narbe. Pyl. frei. Geringe Perigastritis d. kl. Kurv.. Gastrolysis. Keine Indikation für G. E.. Schluß d. Bauchdecken. Nachuntersuchung 1912: Wiederholt Schm. u. Erbr.. Int. Behdlg. wegen Ulcusbeschw.. Ges. Ac. 57, fr. Salzs. 30. III.

Nr. 41. J.-N. 564/1910. Friedrich D., 56 J., Arb., Diarry. 31. V. bis 27. VI. 1910. Seit 3 J. Magenbeschw.. Erbr. alle 2 - 3 T. u. Schm. nach d. Rücken ausstrahlend. - Mittelgr. Mann i. etw. reduz. Ernährungszustand. Magen m. gr. Kurv. 2 Querf. u. d. Nabel. Plätschern. Tumor n. palpabel. Ges. Ac. 32, fr. Salzs. 10, Galle +. 140 Pfd.. Op.: Magen ziemlich dilat.. Pyl. erscheint etw. verengt.

A. Hinterfl. d. kl. Kurv. nahe dem Pyl. alte Ulcusnarbe. Dünndarmschlingen untereinander u. m. d. Netz u. Colon verklebt. Magen u. Pyl. frei. Gastrolysis. Bauchdeckenschluß. H. o. Z.. Nachuntersuchungen 1912: Klagen über starkes Erbr., Stuhlverstopfung u. Gew.abnahme 30 Pfd.. Arbeitsunfähigkeit. Rentenempfänger. Ges. Ac. 32, fr. Salzs. 10, Galle +. IV.

Nr. 42. J.-N. 1910/Pr. Hans L., 32 J., Kaufmann, Kiel-Gaarden. 27. V.—9. VI. 1910. In den Monaten Dez. 1909, u. Jan. 1910, desgl. zuletzt vor 5 Wochen alle 2 Tage n. d. E. Magensaftfluß, oft $1^1/_2$ l auf einmal; meist klare, oft aber mit Schleim, Speisenresten u. auch Blut verm. Flüssigkeit. Int. behandelt. Gew.abnahme. — Bl., schwächl. Mann i. reduz. Ernährungszustand. 49,2 kg. Op.: Magen gr. u. muskelstark. Pyl. durch Ulcusnarbe fast. völlig verschlossen. G. E. r. p. m. N.. H. o. Z.. Bericht 1912: Voll arbeitsfähig, k. Diät. 132 Pfd. I.

Nr. 43. J.-N. 1454/1911. Heinrich M., 64 J., Arb., Berkentin. 11. IX.—6. X. 1911. Schon während d. Krieges 1870/71 magenleidend, Druck i. d. Magengegend, Appetitlosigkeit, schl. Verdauung. Ungefähr gleicher Zustand bis zum Sommer dieses J.. I. Sommer auffallend schl. Stuhlgang u. Hochkommen d. Mageninhaltes. Gew.abnahme v. 25 Pfd.. — Untersetzter, etwas abgem. Mann. I. Epigastr. deutlich m. d. Atmung verschieblicher Tumor. Magen reicht bis u. d. Nabel. Ges. Ac. 50, fr. Salzsäure —, Milchsäure —, 107 Pfd.. Op. in Lokalanästhesie: Magen gr. u. muskulös. A. d. Oberseite d. Pyl. zehnpfennigstückgr., strahlige, wenig derbe Narbe. G. E. r. p. m. N. Bericht 1912: 128 Pfd., meidet Fleisch u. Schwarzbrot, d. Alter entsprechend arbeitsfähig. II.

Der Sanduhrmagen.

Nr. 1. J.-N. 766/1901. Wilhelmine G., 45 J., Wwe., Kiel. 2. VIII. bis 30. VIII. 1907. Seit d. 29. J. Übelkeit, Erbr. u. Schm., Stuhl unregelm.. Starke Gewichtsabnahme. V. d. med. Kl. z. Op. verlegt. — Blasse, magere Fr., Abd. aufgetr.. U. d. l. Rippenbogen Res.. Ges. Ac. ++. Fr. Salzs. +. 90 Pfd.. Op.: Magen m. Netz, Colon u. h. Bauchwand i. gr. Ausdehnung verw., Sanduhrmagen. Verengte mittl. Stelle d. Magens, etwa fingerdick. Gastroanastomose. 1904. Wieder stärkere Beschw., Erbr., Aufst.. G. E. r. p. m. K., Gr. Adhäs.. Vorstellung 1906: Tagelange Arbeitsunfähigkeit. B. Milchdiät leidl. Befinden. III. Bericht 1912: 88 Pfd.. K. Beschwerden b. Diät. II. —

Nr. 2. J.-N. 1042/1905. B., 48 J., Arbeiterfr., Wittoferfeld. 3. X.—27. X. 1905. Als Mädchen bereits Magengeschwüre, damals Blutungen. Vor 5 Wochen enorme Schm. n. d. E.. Starke Lordose. Walzenförmiger, querverl. Tumor fühlbar. Pyl.? Op.: Pyl. direkt auf d. Wirbelsäule, nach l. hin Pars pyl., die durch ein d. Magen-

lumen auf 2 Querfingerbreite stenosierendes Ulc. v. kardialem Teil getrennt ist. Ulc. d. Hinterwand, m. Pankreas verw.. Gastroanastomose. Vorstellung 1906: K. Schm., 113 Pfd.. Ges. Ac. 80. Magen 3 Querfinger br. u. d. Nabels. 1907: Gutes Befinden. 1912: Pat. verzichtet auf Nachuntersuchung. I.

Nr. 3. J.-N. 1435/1903. Margarethe K., 56 J., Kutschersfr., Kuhof bei Oldbg. 5. I.—7. II. 1904. Seit 8 J. Schm., Erbr., Blutungen. Schon vor 2 J. Tumor u. d. l. Rippenbogen fühlbar. Abgemagerte Pat.. Zw. Nabel u. Rippenbogen deutl., druckempf. Tumor. Ges. Ac. 38, Salzs. —. Op.: A. Leber weißl. dreieckiger Zipfel m. Auflagerungen. Gegenüber dieser Stelle zweimarkstuckgr., narbige Partie d. Magens m. Leberverwachsungen; i. d. h. Magenw. derber Ring m. fingerdicken Rändern, dessen Grund Pankreas oder hintere Bauchwand bildet. Lat. Jejunostomie. Vorstellung 1906: K. Schm. u. k. Erbr.. Mot. verlangsamt. 1908: Bis jetzt beschw.frei, nun aber wieder Magenschm. u. oft Erbr.. 91 Pfd.. Bronchitis. L. v. d. Mittell. i. Abd. harter, druckempfindl. Tumor. Op.: Magen m. Vorderwand d. Bauches verw.. A. d. Hinterseite d. Magens ca. pfennigstuckgr., typisches Ulc., d. Magen sanduhrförmig verengernd. Jejunumschlinge i. Bereich d. Musculus rectus verklebt. G. E. r. p. m. N. i. kardialen Teil u. Enteroanastomose. 1912 Arztbericht: Voll arbeitsfähig, hat nüchtern ger. Schm. 116 Pfd.. K. Diät. I.

Nr. 4. J.-N. 1031/1908. Julius D., 50 J., Rentner, Burg auf Fehmarn. Seit 3—4 J. schneidende Schm. u. Gefühl d. Vollseins. Seit $1^1/_2$ J. alle 2 Wochen Auftreten v. Erbr. u. Stuhlverstopfung. Letzte Zeit Abmagerung. — Mittelgr. Mann i. abgemagertem Zustand. Salzs. +, Blutpr. +. R. v. Nabel eine Vorwölbung, a. d. gr. Kurv. kl. Einschnürung. Op.: Magen schwielig m. strahligen Narben bedeckt. St. Verw. zw. Milz u. Magen, Colon transv., Jejunum u. Ileum. Magen entspr. d. schwiel. Auflag. Sanduhrform. G. E. a. a. m. N.. Nachuntersuchung 1912: N. Genuß v. Hülsenfrüchten Magendruck 1—2 St. n. d. E.. Arbeitsfähigkeit n. sehr beeinträchtigt. I. d. Nabelgegend fühlt man eine gefüllte, n. druckschmerzh. Darmschlinge (G. E.). Ger. Abflußhemmung d. G. E. II.

Nr. 5. J.-N. 1019/1907. Maria Sch., 39 J., Trägersfr., Lübeck. 20. VIII.—11. IX. 1907. Vor 19 J. zum 1. Male Magenschm. u. Bluterbr.. Dann bis 1905 gesund. Seit dieser Zeit oftmals Schm. u. Erbr.. I. letzten J. fast immer zu Bett gelegen w. heft. Bluterbr. u. Schm.. St. Gew.-Abnahme. — Mag., bl. Fr.. O. d. Magens druckempf. Stelle. Fr. Salzs. + . Op.: Magen vergr., m. schwieligen Narben bedeckt. N. weit v. d. Cardia st. narbige Einziehung a. Fundus, Sanduhrform. Dort typ. Ulc.. G. E. a. a.. Nachuntersuchung 1912: 1907 8 Tage lang Erbr.. I. l. Jahren Schm. n. mehr so stark. Bei Diät Wohlsein. N. d. Op. o. wesentl. Magenbeschw. glatte Geburt.

Blutarmut. Diagn.: Leichte Beschw., vielleicht d. Adhäs., vielleicht d. neues Ulc.. Ges. Ac. —, beschl. Mot.. II.

Nr. 6. J.-N. 2680/1911. Friedrich Sp., 42 J., Landmann, Barlt. 9. II.—4. IV. 1912. Vor 20 J. dumpfes Druckgefühl, hin u. wieder saures Aufst.. Allmählich Verschlg., zuletzt Schm.. Mittelgr., mittelkr. Mann. Magen 2 Finger br. u. d. Nabel. Linsengr. Lipom i. d. Mittell.. Op.: 2 Querfinger br. o. d. Nabels erbsengr., präperit. Lipom. A. d. kl. Kurv. ein auf Vorder- u. Hinterwand übergr. Ulc.. Sanduhrmagen. Ulc. m. Pankreas verw.. G. E. a. a. m. N.. H. o. Z.. Bericht 1912: Selten Schm. i. d. l. Seite. K. Diät. 148 Pfd.. Volle Arbeitsfähigkeit. I.

Das frisch blutende Ulcus.

Nr. 1. J.-N. 92/1903. Heinrich R., 26 J., Postassistent, Kiel. 15. III.—25. IV. 1903. Seit d. Jugend mehrfach Bluterbr., Schm. u. Erbr.. I. d. med. Kl. Hämoglobingehalt v. 55—30 Proz. b. Bluterbr. u. Blutstühlen gesunken. Pat. i. reduz. Ernährungszustand. Op.: Magen anscheinend normal. Pyl. fr., Ileum u. Colon m. schwarzen Massen gefüllt. G. E. r. p. m. N.. 1906 Bericht: Dienstfähig, kann alles essen. 194 Pfd.. Bericht 1912: Selten Schm. i. d. Magengegend. Gewichtszunahme s. d. Op. v. über 90 Pfd.. K. Diät. Voll arbeitsfähig. I.

Nr. 2. J.-N. 1212/1903. Helene B., 22 J., Rentnerstochter, Kiel. 8. XI.—25. XI. 1903. Letzte Zeit Rücken- u. Brustschm.. Bleichsucht. Vor 14 Tagen Bluterbr., ebenso vor 8 u. 4 Tagen, ebenfalls heute. Sofort. Überführung i. d. Kl.. — Sehr blasses u. anämisches Mädchen, Puls 120. Bauchdeckenspannung. Druckschm. i. Epigastr.. Blutpr. i. Stuhl +, Eis, Nährklistiere. Gelatineinjektionen. Op.: Magen kl. u. leer. Normales Aussehen. Laterale Jejunostomie. Puls 140. Blut i. Stuhl ++. Benommenheit. Exitus. Sektionsprotokoll: Hochgr. Anämie. Frischüberhäutetes Magengeschw. a. d. Hinterw. d. Magens, Endocarditis. Fettige Deg. d. Herzens.

Nr. 3. J.-N. 351/1904. Anna L., 24 J., Arbeiterfr., Kiel. 22. V. bis 31. V. 1904. Seit 2 J. Druck u. Schm. i. d. Magengegend. I. vorigen Monat 2 l Blut erbrochen (Ohnmacht). Vor 14 Tagen ebenfalls Erbr. v. Blut. Gelatineinjektionen o. E.. Hochgradig anämische Fr. m. schw. Puls. Sofort Op. i. Lokalanästhesie: Pyl. kontrahiert, dort zarte Perigastr.. Dünn- u. Dickdarm voll schwärzl. Inhalts. Ulc. nirgends palpabel. Jejunostomie. Sofortige Ernährung d. d. Fistel. Gelatine- u. Kochsalzinfus.. Exitus a. Herzschw.. Sektionsbefund: Fr., eitrig-fibrinöse Peritonitis d. ob. Dünndarmschlingen. Magennarbe a. d. kl. Kurv. m. Auflockerung d. Schleimhaut m. kl. hyperämischen Stellen i. d. Umgebung. Lungenödem. Thrombose d. A. pulmonalis. Fett. Deg. d. Herzens.

Nr. 4. J.-N. 782/1905. Gustav S., 30 J., Knecht, Bornhöved. 10. VIII.—19. IX. 1905. Seit 2 T. stechende Schm. i. Unterleib.

gestern Übelkeit u. Erbr.. — Dürftig gen. Pat., Abd. l. u. r. druckschmerzh.. Op.: Volvulus d. Flex. sigmoidea. Peritonitis exsudativa. Herauslagerung d. Flexur u. Kürzung. Tamponade. Anfangs H. o. Z.. Nach einiger Zeit dringt Kot a. d. Bauchw.. Bluterbr.. Krafteverfall. Wegen Verdachtes auf Ulc. ventr. sofortige Jejunostomie i. Lokalanästhesie. Bluterbr., Exitus. Sektionsbefund: Gr. Anämie. Rundes Magengeschwür a. d. kl. Kurv. m. Durchbruch d. d. h. Magenwand. Verw. d. Dünndarmschl. untereinander u. m. d. Bauchwand.

Nr. 5. J.-N. 723/1909. Hermann R., 31 J., Schmied, Ellerbeck. 25. VI.—25. VII. 1909. Seit 6 J. Schm. i. Magen u. Rücken. Vor 3 J. Bluterbr.. Am 15. VI. d. J. plötzl. Übelkeit, Druckgefühl i. Magen. Enormes Bluterbr.. Sehr bl. Mann. Hgl. 30 Proz. I. Epigast. st. Druckempf., heft. Bluterbr., Blutstühle (Durchfall). Hgl. 20 Proz.. Op.: Pyl. etwas verhärtet. Derbe Adhäs. zw. Magen u. Colon. G. E. r. p., Kochsalzinfus.. Exitus a. Schwäche. Sektionsbefund: St. Anämie. Markstückgr., chron. Ulc. d. kl. Kurv. m. Anlötung d. l. Leberlappens a. d. Vorderwand d. Magens, strahlige Narbe d. kl. Kurv., gr. Geschw. a. Pyl.. Winklige, st. Verdickung d. Quercolons. Verw. d. beiden Schenkel d. Winkels. Lungengangrän. L. eitrig, fibrinöse Pleuritis.

Nr. 6. J.-N. 730/1911. Johann R., 19 J., Arb., Dunick. 15. V. bis 28. VII. 1911. Vor ein paar Tagen heft. Schmerzanfall. Druckschmerz. u. d. Proc. xiph., volum. Erbr.. Wiederholung d. Anfalls i. d. l. Tagen. Ges. Acid. ++. Plätschern. Nie Bluterbr.. — Stupide auss., j. Mann m. anämischem Gesicht. Spitzenaffektion. Magen 4 Querfinger br. u. d. Nabels. Leber u. Epigast. druckempf.. I. Stuhl Blutpr. +. Gegen Abend heftige Schm., enormes Bluterbr.. Op. i. Lokalanästhesie: Magen dilat., a. d. Hinterwand d. Pyl. hartes Ulc. call., denselben sten. u. m. d. Leber verw.. G. E. r. p. m. K.. Neues Auftreten v. Schm., bei Diät H.. Nachuntersuchung 1912: Seit $^1/_2$ J. wieder Beschw., Erbr., Aufst., st. Retention. Blut i. Stuhl ständig + +. Ein Vierteljahr int. Behdlg.. Ges. Ac. 96, fr. Salzs. 46. Enteritis u. Ulcusbeschw. IV.

Ulcus perforatum.

Nr. 1. J.-N. 1628/1901. Emma M., 22 J., Dienstmädchen, Kiel. 19. II. 1902. Vor 2 J. w. Magenschm. i. d. med. Kl. Seit 5 T. Schm. i. d. l. Bauchseite. Hohes Fieber. Erbr.. Seit gestern Schm. i. ganzen Leib. Viel Erbr.. Sehr bl. Mädchen i. reduz. Ernährungszustand. Puls kl. u. sehr beschleunigt. Druckschmerz. i. Epigastr.. L. außen u. a. d. r. Bauchs. Dämpfung. Sofortige Op.: Luft u. serofibrinöse Flüssigkeit i. Abd.. Netz nach d. Magen hin umgeschlagen, dort verklebt. A. vorderer Magenw., n. d. kl. Kurv., für Kleinfinger durchgängiges Loch, aus welchem Milch strömt. Ausgieb. Spulung d. Magens u. d. Bauchhöhle. Naht d. Perforation. Tamponade. Drainage. Kochsalzinfus.. Exitus nach 4 St.. Obduk

tionsbefund: Diffuse eitr. Peritonitis. Gr. chron. Ulc. d. kl. Kurv., durch Naht geschlossen, daneben Ulcusnarbe.

Nr. 2. J.-N. 256/1903. Margarethe S., 61 J., Arbeiterwwe., Kiel. 21. IV.—11. V. 1903. Seit d. Jugend Magenbeschw.. Seit 2 J. Verschlimmerung. Vor 8 Wochen Bluterbr.. Vor 7 T. Aufnahme i. d. med. Kl.. Dort vor 3 T. heft. Bluterbr. u. seit dieser Zeit st. Leibschm.. — Grazil geb. Fr. i. reduz. Ernährungszustand. Bauchdecken wenig aufgetr.. Magen 3 Querfinger breit u. d. Nabels sichtbar. 5 cm r. neben d. Mittell. weiche Res.. A. Abend Druckschmerzhaftigkeit. Temp. 37, Puls 116. Sof. Laparotomie: I. Abd. serofibr. Exsudat. A. Pyl. erbsengr., v. Netz bedeckte Perforationsstelle i. kindsfaustgr. Tumor. Schluß d. Perforation durch Naht. Austupfen d. Bauchhöhle. Tamponade. Kochsalzinfus.. Beim Schreien u. Pressen w. gr. Schm. u. d. Erbr. Eventeration d. Därme, Bauchwunde klaffend u. reichl. Sezernierung übelriechenden Sekretes. Exitus. 11. V. Sektionsprotoll: A. h. Magenwand i. d. Nähe d. kl. Kurv. m. Pankreas u. Duodenum verw., gr. perfor. Ulc. Diffuse Peritonitis.

Nr. 3. J.-N. 116½/1903. Fr. H., 32 J., Kupferschmiedsfr., Kiel. 30. X.—31. X. 1903. Seit 10 J. wiederholt Blutungen, Schm.. Nach d. heutigen Mittagessen Erbr., Aufst. u. st. Schm.. — Pat. blaß u. elend. Abd. sehr aufgetr.. Puls fadenförmig 120. Op.: Sehr reichl. seröse Flüssigkeit m. Mageninhalt u. Gas i. d. Bauchhöhle. I. d. vorderen Magenw. für Kleinfinger durchgängiges Loch, m. d. Leberteilweise verw., Sanduhrform. Excis. d. Ulc., Op.: Naht. Toilette d. Bauchhöhle. Jejunostomie. Drainage durch d. Scheide. Exitus n. 10 St.. Sektionsprotokoll: Leichte Peritonitis. A. Magen st. Verw.. Ein zweites, fünfmarkstückgr. Ulc., durch die Magenwand gebrochen, d. Grund desselben narb. Lebergewebe.

Nr. 4. J.-N. 1810/1903. Amanda Sp., 25 J., Dienstmädchen, Kiel. 15. III.—20. III. 1904. Heute morgen plötzl. heftigste Schm. i. d. Nabelgegend. Kalter Schweißausbruch, ger. Erbr., Tem. v. 39 Grad. Sofort. Op.: Massenhaftes, fibr. Exsudat. A. d. kl. Kurv. nahe d. Pars cardiaca 5 pfennigstückgr., wie m. d. Locheisen ausgeh. Geschw. inmitten chronisch infiltr. Magenwand. Excis., Naht d. Ulc., Bauchspülung. Drainage. Tamponade. 5 T. Wohlbefinden. Darnach plötzl. heftige Schm. u. Erbr., Temp. 40. Abermalige Op.: A. Duodenum fünfmarkstückgr. Perforation. Excis., Tamponade. Drainage. Exitus nach einigen Stunden. Sektionsprotokoll: Mehrere fr. Ulcera d. vord. Magenwand, a. kl. Kurv. strahlige Narbe. Gr., chron. Duodenalulc. —

Nr. 5. J.-N. 1087/1904. Emma S., 18 J., Dienstmädchen, Ellerbeck. 9. X.—8. XII. 1904. Seit l. Zeit Bleichsucht u. Magenbeschw.. Seit 4 T. Schm. i. Leib. Trotz ärztl. Verordnung, sich z. Bett zu legen, arbeitet Pat. weiter. Am 9. plötzl. heft. Schm.. Abd. druckempfl., Dämpfung. Puls 144. Sofort. Op.: Gase u. sehr reichl. eitrig.-

seröse Flüssigkeit i. Bauchraum. Leber mit d. kl. Kurv. verklebt, deckt rundes für d. Kleinfinger durchgängiges Loch, aus welchem Mageninhalt austritt. Excis. d. Ulcus. Naht. Drainage. Tamponade. H. o. Z.. Vorstellung 1906: 120 Pfd.. Gut gen. Pat.. Gr., schmerzh. Narbenhernie. Bericht 1912: Kann alle Speisen essen, voll arbeitsfähig. K. Diät. I.

Nr. 6. J.-N. 111/1905. Anna P., 21 J., Dienstmädchen, Kiel. 24. III.—24. VII. 1905. Vor ½ J. vorübergehend Magenschm., verb. m. Erbr., Bleichsucht. Heute morgen 7 Uhr, kurz n. d. Stuhlgang sehr heftige Leibschm. u. Erbr.. Mittags Einlieferung i. d. Kl.. Sehr blasses Mädchen m. aufgetr. Abd., überall druckschmerzhaft. Sofort. Op.: Reichl. serofibr. Exsudat, verm. m. Speiseresten. A. kl. Kurv. inmitten weißl. Beläge scharfrandiges, hirsekorngr. Loch, aus d. Schleim hervorquillt. Excis. d. Ulc. m. nachfolgender Naht. Nach Toilette d. Bauchhöhle Tamponade. Pneumonie u. 2 Kotfisteln, die operativ geschlossen werden. Selbstbericht 1906: Stest arbeitsfähig, ißt alles, nie Schm. 132 Pfd. Bericht 1912: Pat. geht es sehr gut, voll arbeitsfähig. K. Diät. 145 Pfd. I.

Nr. 7. J.-N. 924/1905. Paul G., 27 J., Buchbinder, Hamburg. 6. IX.—24. X. 1905. Gestern abend gelegentl. eines Spazierganges heft. Schm. i. r. Bauchseite. Sofort. Transport z. Klinik. Vor 5—6 Wochen Darmkatarrh. I. vorigen Herbst kolikartige Schm. u. Erbr.. — Schwächl. Mann i. apath. Zustand. Abd. gespannt, diffus druckschmerzhaft. Temp. 38,4, Puls 120. Sofort. Op.: Reichl. fadenziehendes, gelbl.-graues Exsudat. Appendix o. B.. Dick- u. Dunndarm m. fibr. Belägen. Durchtrennung fr. Adhäs. zw. Leber u. Magen, nahe d. Pyl. i. Duodenum ein erbsengr., glattr. Loch. Naht d. Perforationsstelle. Ausgiebige Toilette d. Bauchhöhle. Tamponade. H. o. Z.. 1906 Sommer fühlt Pat. sich wohl, immer arbeitsfähig, nur einmal heftige Stiche. Gr. Narbenhernie. K. Tumor. Mot. Funktion gestört. Arztbericht 1912: Pat. ist 2 J. n. d. Op. einer neuen Perforation erlegen. IV.

Nr. 8. J.-N. 768/1905. M., 44 J., Frau, Kiel. 8. VIII.—11. VIII. 1905. Vor 16 J. Schm., Blutung. Seitdem auf flüssige Kost angewiesen. Schm. nie ganz weg. Seit einigen T. Magenbeschw. bes. heftig. Gestern um 5 Uhr nachmittags plötzl., heft. Schm. i. d. l. ob. Bauchgegend. — Mittelkr., blaß aussehende Fr., Puls 148, Temp. 39,2. Leib st. aufgetr.. Op.: Reichl. schmutziggrünes Exsudat, verm. m. Speiseresten. Spulung d. Bauchhöhle. Därme st. gerötet u. m. Fibrin bedeckt. L. Leberlappen deckt zehnpfennigstuckgr. Loch eines handtellgr. Ulc. d. kl. Kurv.. Naht d. Geschw.. G. E. r. p. m. Knopf. Kollaps. Exitus a. nächsten T.. Sektionsprotokoll. Markstuckgr. Perf. inmitten eines m. Pankreas verw. Geschw. d. kl. Kurv.. Eitrige Pericarditis u. Pleuritis. Chron. Milztumor.

Nr. 9. J.-N. 1179/1907. Fr. J., Kutscher, Wolfsee. 10. IX.

bis 11. IX. 1907. A. d. med. Kl. unter Zeichen einer diffusen Peritonitis noch perf. Ulc. ventriculi i. d. chir. Kl. gesandt. Sofort. Laparotomie. Nach Eröffnung d. Abd. gr. Eitermengen. Därme m. schmierig-fibr. Belag belegt. A. d. Hinterfl. d. kl. Kurv. nahe d. Pyl. bohnengr. Perforationsöffnung. Naht. Ausgiebige Spülung, dabei massenhafte Entleerung v. Eiter. Exitus a. folg. Morgen durch Herzschwäche.

Nr. 10. J.-N. 1248/1907. Anna St., 38 J., Beamtenfr., Kiel. 19. X.—20. X. 1907. Schon lange magenkrank. Oft Magenbl., gestern plötzl. Schm. i. Leib, Erbr. v. Blutmassen. A. Abend Einlieferung i. d. Kl.. I. ders. Nacht Op. — St. kollab. Pat., Puls eben fühlbar. Temp. 39,6. Leib st. aufgetr., überall Dämpfung. Op.: Bei Eröffnung d. Abd. Gase u. gr. Mengen blutiger Flüssigkeit. Magen m. d. Vorderwand d. Bauches verw.. A. d. Vorderw. perfor. Ulc. m. kall. Rändern. Naht d. Geschw.. Reichl. Spülung. Drainage. G. E. r. p. m. K.. Kochsalzinfus.. Exitus a. Herzschwäche 20. X. 1907.

Nr. 11. J.-N. 211/1907. Hermine T., 9 J., Schulmädchen, Kiel. 15. V. 1907. Vor 8 Tagen Schm. i. Leib. A. folg. Tag. Koterbr.. Trotz ärztl. Rates, Pat. sofort in d. Kl. zu überführen, Weigerung d. Eltern. I. folg. Nacht Schm., dauerndes Erbr. Schwellung d. Leibes. — Bl., mittelkr. Kind i. sehr elendem Zustand. Puls fadenförmig. Temp. 39,8. Abd. aufgetr., überall tympanit. Schall. Druckschm., bes. i. d. Ileocöcalgegend. Op.: Ileocöcalschnitt. N. Eröffnung d. Abd. trübe, seröse Flüssigkeit. Peritonitis d. ganzen Abd.. Därme gerötet m. fibr. Belägen. Reichlich Eiter a. d. Wunde. Medianschnitt i. Epigastr. Magen u. Leber d. Adhäs. verklebt. A. d. kl. Kurv. einfingerdurchgängige Perf., aus der Mageninhalt fließt. Excis. u. Naht d. Perf. Drainage n. ausgiebiger Spülung. Exitus a. gl. Tage a. Schwäche. Sektionsbefund: Rundes Magenulc. d. Vorderw. d. kl. Kurv. m. Perf. u. d. Leber. K. multiplen Ulcera.

Nr. 12. J.-N. 188/1907. Berta B., Ehefr., Kiel. 5. IV.—28. V. 1907. Als Kind oft Magenblutungen. Heute nachmittag b. d. Feldarbeit plötzl., heft., stichart. Schm.. Sofort Zusammenbruch. Schm. i. ganzen Leib u. bis i. d. Brust. Übelkeit, Aufst., k. Erbr.. — Kl. Fr. i. mittl. Ernährungszustand. Bauchdecken überall sehr druckschmerzhaft. I. Magengegend st. Einziehung. Op.: Aus d. Abd. fließen teils übelriechendes Sekret, teils flüssige Nahrungsmittel. 2 Finger br. l. v. d. Cardiamündung a. Fundus linsengr. Perforationsöffnung. Excis. d. Ränder u. Naht d. Perf. u. Aufdeckung v. Netz. Gegenincis. i. d. Inguinalgegend. Spülung d. Abd.. Drainage. Tamponade. H. o. Z.. Bericht 1912: Voll arbeitsfähig. Seit 2 J. k. Schm.. 103 Pfd.. 1909 Op. i. d. hiesigen Kl. wegen Narbenhernie. I.

Nr. 13. J.-N. 1993/1908. Heinrich V., 51 J., Arb. Stözs. 7. X. bis 5. XI. 1908. Seit 7 J. Magenbeschw., aber k. Magenblutungen. Erst i. letzter Zeit schwarzer Stuhl, starke Schm. i. d. Magengegend.

Am 6. V. plötzl. starke, reißende Schm. i. d. Leib. St. Erbr. u. saures Aufst.. — Mäßig kräftig geb. Mann i. mittl. Ernährungszustand. Leib bretthart. 14—18 St. n. d. Op.: I. Abd. geblähte Darmschlingen. Hervorquellen gelbl., m. Fibrinflocken st. durchsetzter, geruchloser Flüssigkeit. Magen zeigt a. d. Vorderseite etwa 3 cm i. Durchmesser fassende, wallartige, umrandete Perforation. Naht derselben, Toilette d. Bauchh.. Tamponade. Gegenincis. beiderseits i. d. Inguinalgegend. Drainage. Ernährung 4 T. subkutan. H. o. Z.. Bericht 1910: Ab u. zu Stuhlverstopfung. Manchmal Schm.anfälle. 122 Pfd., voll arbeitsfähig. I.

Nr. 14. J.-N. 1318/1908. Lene K., 49 J., Formersfr., Rudelsdorf. 28. XII. 1908—1. I. 1909. Seit 2 J. magenleidend. Am 28. XII. b. Heben eines schw. Eimers plötzl. st. Schm. i. Leib. Seit dieser Zeit häufig. Erbr. u. Stuhlverhaltung. — Stark abgem. Fr. v. bl. Gesichtsf. u. ängstlichem Gesichtsausdruck. Temp. 38,9. Puls 156 Op.: I. Abd. reichl. eitrig-fibrinöses Exsudat. Dünndarmschl. st. gebläht o. Peristaltik. A. d. Vorderfläche d. Mag., a. d. kl. Kurv. n. d. Cardia perfor. Ulc.. Verw. d. Mag. m. d. Lebervorderfl.. Naht d. Perfor.stelle. Reichl. Ausspülungen m. warmer Kochsalzl.. Drainage, Tamponade. Kochsalzinfus.. 1. I. 1909. Exitus a. Koterbrechen. Sektionsbefund: Zieml. ausgedehnte, fr. Adhäsionen. Pneumonie. Lungenödem. Peritonitis. I. Leber wallnußgr. Cysten.

Nr. 15. J.-N. 1305/1909 und 1521/1909. D. Johannes Pr., 49 J., Landmann, Wulfshorst. 18. IX.—3. X. u. 21. X.—3. XII. 1909. Seit l. J. unregelmäßiges Auftreten v. Magenschm. u. Aufst., Sodbrennen. — Mittelgr. Mann i. reduz. Ernährungszustand u. bl. Gesichtsfarbe. Abd. nirgend druckempfl.. Ges. Ac. 93, fr. Salzs. 65. 141 Pfd.. Gebessert entlassen 3. X. Kurz n. d. Entlassung wieder Schm.. Am 20. X. nachmittags plötzl. heft. Schm.anfall m. schw. Kollaps. Am anderen Morgen Op. —. Bl. Mann. Abd. aufgetr., Epigastr. druckempfl., Temp. 38,3, Puls 84. Op.: Zw. Magen u. Leber, desgl. zw. Leber u. Zwerchfell ger. Mengen eitrig-fibrinösen Exsudates. Nahe d. Pyl. a. d. kl. Kurv. scharfrandige, linsengr. Perf., durch Fibrinpfropf verstopft, inmitten fünfmarkstuckgr., entzündl. Infiltration. Unvollkommener Schluß d. Loches wegen Nahtrisses. Tamponade. G. E. a. a. m. Knopf. H. o. Z. nach voraufgegangener, leichter Pneumonie. Bericht 1912: Mitunter Magendruck n. d. E. Ganz selten Erbr.. 150 Pfd. Volle Arbeitsfähigkeit. I.

Nr. 16. J.-N. 1352/1909. Johannes K., 23 J., Arb., Kiel. 10. IX. bis 1. XI. 1909. I. letzter Zeit häufig Appetitlosigkeit, Aufst. u. Schm. n. d. Mahlzeit. Heute nachmittag n. d. Arbeit plötzl. heft. Schm. i. d. Magengegend. Kollaps. Sofort. Überführung i. d. Kl. — Bl. Mann m. angstl. Gesichtsausdruck. Heftige Schm., Puls 80, Temp. 37,5. Abd. sehr schmerzh., bes. i. Hypochondr.. Sofort. Op.: Aus d. Abd. quellen geblähte Darmschlingen hervor. Serofibrinöses Exsu-

dat u. Mageninhalt. A. Pyl. 1 cm v. d. kl. Kurv. in narbigem, derbbrüchigem Gewebe linsengr. Perf.. Excis. d. Geschw. m. nachfolgender Naht. Toilette d. Bauchhöhle. Drainage. H. o. Z.. Pat. ist nicht zu ermitteln.

Nr. 17. J.-N. 1633/1910. Heinr. W., 26 J., Arb., Kiel. 21. X. bis 14. XI. 1910. Am 21. X. nachmittags b. d. Arbeit Schwindelgefühl, Unwohlsein u. heft. Schm. i. d. Magengegend. Sofort. Überführung i. d. Kl.. — Grazil geb. Mann v. bl. Gesichtsfarbe. Temp. 37,3, Puls 90. Enorme reflektorische Spannung d. Bauchmuskulatur m. gr. Schmerzhaftigkeit d. ganzen Abd.. Op.: A. d. Abd. quillt grünlich-gelber Mageninhalt. A. d. Vorderseite d. Pyl. einpfennigstückgr. Perf. m. zackigen Rändern. Excis. d. Ränder, Naht u. nachf. G. E. r. p. m. K.. Reichl. Spülung d. Bauches m. warmer Kochsalzlösung. L. Pneumonie r.. Dann H. o. Z.. Bericht 1912: Voll arbeitsfähig. Diät. 115 Pfd. I.

Nr. 18. J.-N. 2543/1910. Claus N., 53 J., Arb., Kiel. 15. II. bis 17. II. 1911. Seit 20 J. Aufst. u. bisweilen Erbr.. Dez. 1910 Bluterbr.. I. d. Nacht zum 15. II. 1911 heftige Schm., bes. a. folg. Abend wieder heft. Bluterbr.. — Kräft. M. v. schwer leidendem Aussehen. Puls kräftig, 120. Leib bretthart. Überall druckschmerzhaft. Abermaliges Bluterbr.. N. Öffnung i. Abd. reichlicher Mageninhalt. Bohnengr., perfor. Ulc. d. kl. Kurv. nahe d. Pyl.. Excis. d. Ränder. Naht d. Geschwürs u. anschl. G. E. r. p. m. K.. Spülung m. Kochsalzlösung. 17. II. Exitus n. Kollaps. Sektionsbefund: Perforationsperitonitis. Außer vernähten perf. Ulc. 1 cm i. Durchmesser betragendes Ulc. a. Pyl.

Nr. 19. J.-N. 1644/1910. C. Wilhelm Pr., 25 J., Ingenieur, Kiel. 17. X.—16. XI. 1910. Seit 14 T. Druck u. Brennen i. d. Magengegend. Heute abend 6½ Uhr b. Heimgehen v. d. Arbeit plötzl. heftigste Schm., sich bald von d. Magengegend aus auf d. ganze Abd. ausbreitend. Sofort. Aufnahme i. d. Kl.. — Etwas bl., kräftig geb. Mann. Abd. gespannt u. überall druckempfl., bes. r.. Op.: I. Abd. m. Milchgerinnsel durchs. Exsudat. Gleich u. d. Pyl. a. d. Vorderseite d. Duodenums linsengr. Perforationsstelle. Excis. d. Ulc. m. N. u. nachfolgender G. E. r. p. m. K.. Gegenincis. i. d. Inguinalgegend. Spülung m. Kochsalzlösung. Drainage. N. anfängl. Wundabszeß H. o. Z.. Bericht 1912: Voll arbeitsfähig, k. Diät. I.

Nr. 20. J.-N. 673/1910. Julius W., 37 J., Schneider, Posen. 14. VI.—15. VI. 1910. Schon lange Magenbeschw., hin u. wieder auftretend. Am 13. VI. plötzl. heft. Schm. i. d. Magengegend, sich bald über d. ganzen Leib ausdehnend. Erbr. u. Übelkeit. — Mittelgr., kr., aber hagerer Mann m. aufgetr., überall druckempfl. Abd.. Op.: Iliocöcalschnitt. Reichl. dünnflüssiges, tr. Exsudat, verm. m. Fibrinflocken u. Mageninhalt. Mediane Laparotomie. Hint. Magenwand st. fibrinös beschlagen. A. d. Hinterw. d. kl. Kurv. n. d. Pyl.

pfennigstückgr. Perforation, Excis d. Ulc., Naht. Spülung m. Kochsalzlösung. Exitus. Sektionsbefund: Eitrige Peritonitis. A. d. hinteren Magenwand, n. d. Pyl., perfor. Geschw.

Nr. 21. J.-N. 299/1911. Christian B., 35 J., Tischler, Grömitz. 7. IV.—5. XI. 1903. Magenschm.. Pfingsten 1905 Erbr.. Damals ärztlicherseits Ulc. festgestellt. Seit 1905 völlig gesund. Gestern plötzl. st. Schm. i. d. Magengegend v. kolikartigem Charakter. — Mittelgr., gut gen. Mann v. bl. Gesichtsfarbe. Puls 110. Abd. bretthart gespannt u. enorm druckempf., besonders r. o., Aufst.. Sofort. Op.: Nach Eröffnung d. Bauchh. Hervorquellen reichl. grünl.-gelber Massen. A. d. kl. Kurv. 2 mm gr., wie m. d. Locheisen ausgestanzte Perfor.. Excis. d. Ulc. m. N. u. folgender G. E. r. p. m. K.. Reichl. Spülung. Drainage. H. o. Z.. Bericht 1912: 148 Pfd.. Volle Arbeitsfähigkeit. I.

Nr. 22. J.-N. 1228/1911. Johann A., 45 J., Händler, Eckernförde. 14. VIII.—16. XI. 1911. Seit etwa 16 J. periodenweise Magenschm. verb. m. häufigem Erbr., Aufst. u. schwarz. Stuhlgang. Enorme Gew.abnahme i. letzter Zeit. 94 Pfd.. — Sehr magerer, anämischer Mann. Abd. aufgetr., bes. i. o. Teil. Klagen über Magenschm., Spannungsgefühl u. Völle i. Magen. Abends 10½ Uhr plötzl. Kollaps. Schm. i. Abd., nach Angabe d. Pat. d. Pressen z. Stuhlgang entstanden. Sofort. Op.: Aus d. eröffneten Abd. kaffeesatzähnliche Flussigkeit i. reichl. Mengen. I. d. stark narbig veränderten Pyl. erbsengr. Perf.. Naht derselben u. Überdeckung derselben m. Peritoneum. Austupfung d. Bauchhöhle, reichl. Spülung. G. E. r. p. m. K.. Tamponade. Kochsalzinjektion. Vom 22.—28. VIII. heft. Pneumonie l. Allmähliche H.. Bis Sommer 1911 als Arbeiter i. Kiel beschaftigt o. Rentenzuschuß, o. Armenunterstützung. Voll erhaltende Arbeitsfahigkeit. Seit Sommer 1912 m. unbekannter Adresse i. Ausland verz.

Literaturverzeichnis.

1. Anschütz. Verhandlg. d. Chir.-Kongr. 1912.
2. Bamberger, Die innere und chirurg. Behandlg. d. chron. Magengeschwürs. Berlin 1909.
3. Berthold, Realenzyklopädie Eulenburg.
4. Borst, Die Lehre v. Geschwülsten. 1902, Bd. 2.
5. Brenner, Die chirurgische Behandlg. d. kall. Magengeschwürs. Arch. f. klin. Chir., Bd. 69.
6. Brinton, Realenzyklopädie Eulenburg.
7. Brodnitz. Verhandlg. d. Deutschen Kongr. f. Chir. 1906.
8. Burk, Die chirurg. Behandlg. d. runden Magengeschwürs. Bruns' Beitr. 1906, Bd. 49.
9. Busch, Über die chirurg. Behandlg. gutartiger Magenaffekt. Arch. f. klin Chir. 1909, Bd. 51 u. 90.

10. Clairmont, Zur chirurg. Therap. d. Ulcus ventr. Grenzgebiete 1909, Bd. 20.
11. Ewald. Verhandlg. d. deutsch. Gesellsch. f. Chir. 1910.
12. Finsterer, Zur Klinik u. Therap. d. Sanduhrmagens. Bruns' Beitr., Bd. 71.
13. Graf. Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1907, Bd. 90.
14. Greenough und Jöslin. Deutsche Klinik, Bd. 5, S. 841.
15. Haberfeld, Zur Statistik und Äthiologie d. Ca. d. Magens. Zentralbl. f. Chir. 1900.
16. Hofmeister. Bruns' Beitr. 1896.
17. Jedlicka, Zur operativ. Behandlg. d. Magengeschwürs. Prag 1904.
18. Kassner, Statistik des Ulcuscarcinoms. I.-D., Kiel 1913.
19. Kautz. Langenbecks Arch. 1908.
20. Kindl, Bericht über operativ behand. Magenerkrank. Bruns' Beitr. 1909, Bd. 63.
21. Klausa, Über d. Entsteh. d. Magencarcinoms aus chron. Magengeschwürs. I.-Diss. Kiel 1900.
22. Kocher, Chirurg. Therap. b. Magenleiden. Grenzgebiete 1909, Bd. 20.
23. König. Lehrbuch d. Chirurg.
24. Kreuzer. Arch. f. klin. Chir. 1908.
25. Körte. Verhandlg. d. deutsch. Gesellsch. f. Chir. 1897, Bd. 1.
26. Krönlein, Chirurg. Behandlg. d. Magengeschwürs. Verhandlg. d. deutsch. Gesellsch. f. Chir. 1906.
27. Küttner, Zur Beurteil. u. Behandlg. d. Ulcus call. ventr. Verhandlg. d. deutsch. Gesellsch. f. Chir. 1910, Bd. 2.
28. Lieblein und Hilgenheimer.
29. MacCarty, Pathology and clinical significances of ulcer. Surgery gynecol. and obst. 1910, Bd. 10.
30. Mayer. Bruns' Beitr. z. klin. Chir. 1908, Bd. 6.
31. Mayo. Annals of surgery.
32. Moynihan, The treatment of gastric. ulcer. Brit. med. Journal 1908, Bd. 1.
33. Musser. American. Journ. of med. sciences.
34. Pariser. Deutsche med. Wochenschr. (Musser.)
35. Payr, Beitr. z. Pathogenese, path. Anatomie u. radik. op. Behandlg. d. rund. Magengeschwürs. Verhandlg. d. deutsch. Gesellsch. f. Chir. 1910.
36. —, Pathogenese, path. Anatomie u. chirurg. Therap. d. rund. Magengeschwürs. Verhandlg. d. deutsch. Gesellsch. f. Chir. 1910, Bd. 2.
37. Pearce Gould, König. Lehrbuch d. Chir.
38. Petersen und Machol. Beitr. z. klin. Chir., Bd. 23.
39. Petrèn, Über Magen- und Duodenalgeschw. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 76.
40. Riedel, Die Sanduhrformen des menschl. Magens. Wiesbaden 1910.
41. —, Das Ulcus d. kl. Kurvat. d. vord. u. hinteren Magenwand. Arch. f. klin. Chir., Bd. 74.

42. Riegel und Tabora, Lehrbuch d. Magenkrankheiten.
43. Robson, Remarks on the operat. treatment of ulcer of the stomach. Brit med. Journ. 1906, Bd. 2.
44. Rubritius, Beitr. z. chirurg. Behandlg. d. chron. Magengeschw. u. Folgeerscheinungen. Bruns' Beitr. 1910, Bd. 67.
45. Schulz, Zur Statistik d. G. E. bei benignen Magenerkrank. Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1907, Bd. 88.
46. Schwarz, Penetrierende Magen- u. Jejunalgeschw. Bruns' Beitr. 1910, Bd. 67.
47. Sönnichsen, Beitr. z. Statist. d. Magenkrebses. I.-D. Kiel 1892.
48. Steinthal, Erfahr. über G. E. Beitr. z. klin. Chir. 1902, Bd. 32.
49. Steudel, Magenoperat. d. Heidelberger Klinik. Beitr. z. klin. Chir. 1899, Bd. 23.
50. Stich, Beitr. z. Magenchirurgie. Bruns' Beitr. 1903, Bd. 40.
51. Stumpf. Langenbecks Arch., Bd. 61.

Lebenslauf.

Ich, Wilhelm Löhr, evangelischer Konfession, wurde als Sohn des Pfarrers Wilhelm Löhr zu Hohensolms, Kr. Wetzlar (Rheinland), geboren am 15. März 1889. Ich besuchte das Gymnasium zu Elberfeld und Barmen und bestand im Jahre 1908 das Abiturientenexamen. Im ersten Semester genügte ich meiner Militärpflicht mit der Waffe im Infanterieregiment Kaiser Wilhelm Nr. 116. August 1910 bestand ich zu Gießen das Physikum und am 26. Juni 1913 zu Kiel das medizinische Staatsexamen.

Druck von August Pries in Leipzig.